

علم النفس المرضي

دراسة في
الشخصية بين السواء والاضطراب

دكتور
مجدى أحمد محمد عبد الله
أستاذ علم النفس المساعد
بجامعة الكويت وبيروت العربية

٢٠٠٠

دار المعرفة الجامعية
٤٠٠ شارع سويديع الأثرية ت ٤١٣-١٦٣
٣٨٧ شارع جمال السويديع ت ٥٩٧٣١٤٦

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿رَبَّنَا لَا تُزِغْ قُلُوبَنَا بَعْدَ إِذْ هَدَيْتَنَا وَهَبْ لَنَا مِنْ لَدُنْكَ
رَحْمَةً إِنَّكَ أَنْتَ الْوَهَّابُ﴾

صدق الله العظيم

سورة آل عمران، آية ٨٠

تصدير

نعيش اليوم عصرًا تفوق فيه الإنسان على نفسه محققًا أعز أمانيه من تقدم حضارى وتكنولوجيا، ولكنه فى المقابل لم يستطع أن يحقق ما هيته من خلال تلك المظاهر المختلفة من التقدم - ظهر ذلك كله فى تلك الاضطرابات التى تغشى شخصية الإنسان وسلوكه فى هذا العصر. ومعنى ذلك أن هناك هوة هائلة أو فجوة كبيرة بين التقدم المادى والجانب المعنوى، ويشير فى هذا أريك فروم Erich Fromm فى مؤلفه «Psychology and Religion, 1950» أن الإنسان لم يقترب فى يوم ما من تحقيق أعز أمانيه مثلما اقترب اليوم... ولكن ماذا يستطيع أن يقول إذا نظر إلى نفسه؟ هل اقترب من تحقيق حلم آخر للبشر هو كمال (الإنسان)... محققًا ماهيته، أى أن يكون صورة للإله؟

إن الإجابة واضحة وضوحًا جليًا فبينما خلقنا أشياء رائعة، أخفقنا فى أن نجعل أنفسنا جديرين بهذا الجهد الخارق، وحياتنا حياة لا يسودها الإخاء والسعادة والقناعة، بل تجتاحها الفوضى الروحية، والضياغ الذى يقترب اقترابًا خطيرًا من حالة الجنون، وهو جنون لا يشبه الجنون الهستيرى، الذى وجد فى العصر الوسيط، بل جنون شبيه بانفصام الشخصية (الشيذوفرانيا) فينعدم فيها الاتصال بالواقع الباطنى، وينشق فيها الفكر على الوجدان» (فروم، ١٩٥٠: ٧-٩) (١).

معنى هذا أن التغير الاجتماعى والاقتصادى السريع الذى طرأ على المجتمع كان تأثيره خطيرًا على الأفراد والمجتمعات، فمن ناحية كان هذا التغير يفوق الإمكانيات النفسية للأفراد مما انعكس أثره على تقليل قدرة الفرد والمجتمع على التعامل مع مواقف الانعصاب المختلفة الناشئة عن تلك التغيرات ومن ثم زادت المشاكل النفسية للفرد وزادت الاضطرابات النفسية

(١) فروم (أريك)، «الدين والتحليل النفسى»، ترجمة فؤاد كامل، القاهرة، مكتبة غريب، ١٩٨٩.

والعقلية والجناح والجريمة والعنف - تماماً كما زادت الأمراض الجسمية بالرغم من تقدم الطب والدواء وأساليب التمريض.

وكان لا بد لعلم النفس أن يواكب تلك التغيرات السريعة المتلاحقة في محاولة لإيجاد حلول لتلك المشاكل وأن يسهم في تشخيص وعلاج تلك الاضطرابات النفسية والعقلية فنشأت العديد من فروع علم النفس وجميعها يستهدف هذا الغرض السامي: صحة الإنسان النفسية - والحفاظ عليها.

نشأ علم نفس الشواذ Abnormal Psychology ويبحث في نشأة الأمراض النفسية والأمراض العقلية (الجنون)، وضعف العقل والإجرام وأسبابها المختلفة، مع محاولة وضع أسس لعلاجها، ويجب التمييز بين علم نفس الشواذ والطب النفسى Psychiatry الذى هو فرع من فروع الطب يقوم على دعامتين من الطب وعلم نفس الشواذ، ويختص بفحص الاضطرابات النفسية والعقلية المختلفة وعلاجها عملياً ورعايتها، والرقابة عليها. ومن المعروف أن فهم الظواهر الشاذة يلقي كثيراً من الضوء على الظواهر السوية.

وسرعان ما برز تخصصان كبيران - علم النفس الإكلينيكي Clinical Psychology الذى نشأ بشكل كبير داخل المستشفيات أو العيادات العقلية، ويشترك السيكولوجى الإكلينيكي مع الطبيب النفسى فى تشخيص الأمراض النفسية والأمراض العقلية وعلاجها وعلم النفس الإرشادى Counseling Psychology الذى نما أساساً من المحيط التربوى وهو فرع يهتم بمساعدة الأسوياء من الناس على حل مشاكلهم بأنفسهم فى مجال معين: تعليمى/ مهنى/ أسرى/ جنسى وغيرها مما لا يدخل فى نطاق الأمراض النفسية والعقلية وذلك بتقديم المشورة والعلاج إليهم فى تلك المجالات.

وقد ظهرت مؤخراً تخصصات جديدة فى علم النفس كجزء من اتجاه أخذ فى الازدياد نحو الإجراءات الوقائية التى أساسها المجتمع، إلى جانب

اهتمام أعظم بتعزيز ووقاية الصحة وبالرفاهية باعتبارهما أمرين متميزين عن علاج المرض في الفرد، وهناك تخصصان من بين هذه التخصصات الجديدة نخصهما بالذكر وهما علم النفس الصحى Health Psychology ويرتبط ارتباطاً وثيقاً بالطب النفسى ويهتم أساساً بالجوانب الوقائية وتعزيز الرعاية الصحية النفسية أما التخصص الثانى فهو علم نفس المجتمع Community Psychology وقد نشأ عن البحث فى مجال العمل الاجتماعى وتنمية المجتمع ويركز فى دراساته على تأثير البناء الاجتماعى للمجتمع على شخصية الفرد وسلوكه.

بهذه التخصصات المتباينة فى طبيعتها والمتكاملة فى أهدافها يستهدف علم النفس أن يواكب التغير الاجتماعى والاقتصادى والحضارى الذى طرأ على المجتمع فى الفترة الأخيرة، وقد رأينا فى سياق تلك التخصصات «علم النفس المرضى» وهو فرع نظرى من فروع علم النفس النظرية والمنهجية له موضوع خاص ومنهج - وهو تخصص يستهدف وصف وتفسير الاضطرابات النفسية والعقلية وضعف العقل والإجرام فى محاولة للكشف عن خصائص تلك الاضطرابات وأسبابها، وعند ذلك يمكن وضع الأسس المختلفة لعلاجها - أى أننا من خلال هذه الدراسة إنما نستهدف الوصول إلى أكبر قدر من التوافق النفسى والاجتماعى للأفراد والجماعات. وينقسم المؤلف الذى بين أيدينا إلى شقين : الشق الأول عالجتنا فيه الشخصية فى سوائها - أما الشق الثانى فقد عالجتنا فيه الشخصية فى انحرافها واضطرابها؟ من خلال ما يخشاها من اضطرابات عصبية وذهانية متعددة.

أما الفصل الأول وكان بعنوان «الأبعاد الأساسية للشخصية»، وقد تناولت فى هذا الفصل أهمية الالتزام بإطار نظرى معين تدرس من خلاله الشخصية بما ينتظمها من مكونات، وعليه فقد تم انتقاء نظرية الأبعاد لهانز أيزنك كإطار عام تدرس من خلاله الشخصية بما ينتظمها من أبعاد أساسية تشكلها وتحدد السلوك الناجم عنها فى مواقف الحياة المختلفة وهذه الأبعاد

هى بعد العصابية/ الاتزان الانفعالى، بعد الانبساط/ الانطواء، وبعد الذهانية/ السواء.

وكان الفصل الثانى عن «الشخصية بين اضطراب العصاب والذهان - نظرية سلوكية» وقد التزمت فيه بالإطار السابق لأيزنك وقد تركز الفصل على نقطة أساسية هى أن العصاب سلوك متعلم - وأن هذه الأعراض لا تكمن وراءها - ولا تمثل مصدراً لقوتها أية مركبات تكونت فى سن الطفولة، فالعرض فى حد ذاته هو المرض - واختفاء العرض يعنى اختفاء المرض - وقد تأيد هذا بحقائق وأدلة تجريبية تؤيد هذه النظرية وتعضدها تم عرضها فى سياق الفصل.

ومع تقدم الطب فى القرن العشرين ثبت مفهوم نشاط المرض ودوره فى شخصية الفرد وسلوكه وعليه كان موضوع الفصل الثالث عن «المرض والمريض» بدءاً بعرض نظرة تاريخية للمرض من خلال إسهام مجموعة من العلماء - كان لكل منهم مفهومه الخاص عن المرض والذى أثرى هذا التراث.

ثم كان الجزء الثانى من الفصل عن المريض - احتياجاته البيولوجية والطبية والنفسية، ثم عرض للتغيرات التى تطرأ على المريض عند دخوله المستشفى وتظهر فى سلوكه ومن المهم فهمها ومحاولة علاجها أو التخفيف منها ذلك لتأثيرها فى العلاج والشفاء، ولما كان المرضى يتمايزون فى خصائصهم الشخصية تمايزاً كاملاً كان لابد من عرض وجوه هذا التمايز، ثم عرضنا بعد ذلك لحقوق المريض ومسئوليته، وفى نهاية الفصل عرضنا لدور المرض فى شخصية المريض وسلوكه.

أما الفصل الرابع وكان بعنوان «الاضطراب العقلى: أسبابه وتصنيفاته وأنماطه وكيفية علاجه، فقد عرضت فى سياقه أسباب الإصابة بالأمراض العقلية، ثم تصنيفاً لها، ثم النمط التمريضى للعناية بالمريض العقلى - وقد

تناولت فى ثنايا هذا الفصل الوجوه المختلفة للخدمة النفسية المقارنة ثم المبادئ المنظمة لفريق العمل بمستشفيات الأمراض العقلية.

أما الفصلان الخامس والسادس فقد تعلقا بالاضطرابات العصابية والذهانية عرضنا فى الفصل الخامس «للأنماط العصابية : أعراضها وعلاجها»، وعرضنا فى ثنايا الفصل السادس لبعض الاضطرابات الذهانية الوظيفية وهى اضطرابات لا يستقيم تفسيرها بعوامل بيولوجية وتشريحية كما يستقيم بعوامل نفسية واجتماعية. وقد عرضت لاضطرابين : الفصام، والذهان الدورى، ثم بعد ذلك عرضت لأنماط العلاج المختلفة، ثم العلاج بالمجتمع أو المجتمع العلاجي. وبعد ذلك عرضت لاستخدام الأدوية فى الرعاية النفسية لهذه الاضطرابات. أما الفصلين السابع والثامن فقد تعرضنا فيهما لبعض الاضطرابات السلوكية التى تغشى شخصية الفرد وتبدو فى سلوكه ثم عرضت فى الفصل السابع «للسيكوباتية» كحالة تتميز بعجز بالغ عن التوافق الاجتماعى يلزم المريض سنوات عدة أو طول حياته، وهو حالة بينية بين العصاب والذهان، تعرضت بعد ذلك لمكونات السيكوباتية، أعراضها، تصنيف لأنماطها، ديناميات السلوك السيكوباتى وقد انتهى الفصل بقياس هذا الانحراف السلوكى.

أما الفصل الثامن، وكان موضوعه «الإدمان: أبعاده وكيفية تمييزه وعلاجه» وقد عرضت فى ثناياه لأبرز العقاقير وأشكالها وما تثيره من مشكلات نتيجة الاعتماد عليها، ولما كان بعض الباحثين لا يعتبر أن الكحول يمكن أن يدرج ضمن العقاقير التى تسبب الإدمان فقد عرضت لحقائق عنه والآثار البغيضة التى يخلقها فى المرء إيسرافه فى الشراب، ثم فى نهاية الفصل عرضت للحظة التمريرية لعلاج المريض المدمن.

أما الفصل التاسع فقد تركز حول «معدلات انتشار الاضطرابات العقلية والعصبية والنفسية الاجتماعية والتدابير الممكنة لمواجهتها»، أما

الفصل العاشر فكان عن «الإعاقة» حجم المشكلة، تدهور الشخصية الذي يعقب العجز، والحاجة إلى بصيرة خاصة من جانب القائم على علاج تلك الفئات، ويشير التراث في هذا الصدد إلى أن هناك فلسفة من ست نقاط للقائمين على رعاية العجزة، وانتهى الفصل بأن هدف المعوق هو التأهيل وإعادة التوظيف. أما الفصل الحادى عشر فكان عن التشخيص النفسى للسلوك «عرضت فى بدايته للتصنيف والتشخيص ودور الاختبارات النفسية فيها، ثم عرضنا لعدد من المقاييس المستخدمة فى التشخيص الإكلينيكي.

والله أسأل أن أكون قد وفقت بهذا الجهد فى تناول بعض جوانب علم النفس المرضى، وفى إفادة الطالب والباحث ودفعهما إلى المزيد من الاطلاع والبحث فى هذا المجال، وأخيراً «فأما الزيد فيذهب جفاءً، وأما ما ينفع الناس فيمكث فى الأرض» (١).

(١) قرآن كريم، سورة الرعد، (آية : ١٧).

المحتويات

٥	تصدير
١١	المحتويات

الفصل الأول الأبعاد الأساسية للشخصية

١٧	تمهيد.
١٩	نظرية الأبعاد - هانز أيزنك.
٢١	بعد العصائية/ الاتزان الانفعالي
٣٩	بعد الانبساط/ الانطواء
٦٢	بعد الذهانية/ السواء

الفصل الثاني الشخصية بين اضطرابي العصاب والذهان

٦٩	تمهيد.
٧٠	العصاب كسلوك متعلم.
	حقائق وأدلة تجريبية مؤيدة.

الفصل الثالث المرض والمريض

٩٣	المرض: نظرة تاريخية.
١٠٤	المريض: احتياجاته وحقوقه.

الفصل الرابع الاضطراب العقلي: أسبابه وتصنيفاته وكيفية علاجه

١٢٧	تمهيد.
١٢٩	أسباب الإصابة بالأمراض العقلية.
١٣٤	تصنيف الأمراض النفسية.

- ١٤١ النمط التمريضى للعناية بالمريض العقلى .
- ١٤٣ الوجوه المختلفة للخدمة النفسية .
- ١٤٤ المبادئ المنظمة لفريق العمل بمستشفيات الأمراض العقلية .

الفصل الخامس

الأنماط العصابية: أعراضها وعلاجها

- ١٤٧ تمهيد .
- ١٤٩ استجابات القلق .
- ١٥٨ الهستيريا .
- ١٦٨ عصاب الوسواس القهرى .
- ١٧٧ استجابة الخوف .
- ١٨٠ الإعياء النفسى .
- ١٨٤ استجابة الاكتئاب النفسى .
- ١٨٧ أنماط أخرى من الاضطرابات العصابية .

الفصل السادس

الاضطرابات الذهانية

- ١٩٩ تمهيد .
- ١٩٩ الفصام .
- ٢٠٦ الذهان الدورى .
- ٢١٠ أنماط العلاج المختلفة .
- ٢١١ العلاج بالمجتمع أو المجتمع العلاجى .
- ٢١٢ استخدام الأدوية فى الرعاية النفسية .

الفصل السابع

السيكوباتية

- ٢١٧ تمهيد .

- ٢١٧ - السلوك السيکوباتى بين العصاب والذهان.
- ٢٢٠ - مكونات السيکوباتية.
- ٢٢٣ - أعراض السيکوباتية.
- ٢٢٦ - تصنيف السيکوباتية.
- ٢٢٧ - ديناميات السلوك السيکوباتى.
- ٢٣٠ - قياس الانحراف السيکوباتى.

الفصل الثامن

الإدمان : أبعاد وكيفية تمريره وعلاجه

- ٢٣٣ - تمهيد.
- ٢٣٤ - تناول العقاقير والأعتماد عليها.
- ٢٣٦ - المشكلات المتعلقة بالأعتماد على العقاقير.
- ٢٣٨ - حقائق حول الكحول.
- ٢٣٩ - الآثار البغيضة التى يخلقها فى المرء إسهافه فى الشراب.
- ٢٣٩ - الخطة التمريرية لعلاج المريض المدمن.

الفصل التاسع

معدلات انتشار الاضطرابات العقلية والعصبية والنفسية

- ٢٤٣ - تمهيد.
- ٢٤٥ - التخلف العقلى والقصور المعرفى.
- ٢٤٦ - الآفات المكتسبة فى الجهاز العصبى المركزى.
- ٢٤٨ - تلف الجهاز العصبى المحيطى.
- ٢٤٨ - الاضطرابات الذهانية.
- ٢٤٩ - حالات الخرف / الخبل.
- ٢٥٠ - الصرع.
- ٢٥١ - الاضطرابات الانفعالية والسلوكية.

٢٥٢ إدمان الكحول والمخدرات.

٢٥٣ الأعراض الجسمية ذات المنشأ النفسى.

الفصل العاشر

الإعاقة وكيفية تأهيلها

٢٥٧ تمهيد (حجم المشكلة).

٢٥٩ تدهور الشخصية الذى يعقب العجز.

٢٦٠ الحاجة إلى بصرية خاصة من جانب القائم بالعلاج.

٢٦٤ فلسفة من ست نقاط للممرضات القائمات على رعاية العجزة.

٢٧٥ هدف المعوق: التأهيل وإعادة التوظيف.

الفصل الحادي عشر

التشخيص النفسى للسلوك

٢٧٩ تمهيد.

٢٨٠ التصنيف والتشخيص ودور الاختبارات النفسية.

٢٨٣ عرض لعدد من المقاييس المستخدمة فى التشخيص الإكلينيكى.

٣١٩ قائمة المراجع

الفصل الأول

الأبعاد الأساسية للشخصية

- تمهيد.
- نظرية الأبعاد - هانز أيزنك.
- بعد العصائية / الاتزان الانفعالي.
- بعد الانبساط / الانطواء.
- بعد الذهانية / السواء.

الفصل الأول

الأبعاد الأساسية للشخصية

تمهيد:

بالرغم من أن تطبيق التحليل العاملي على مقاييس الشخصية لم يجر إلا حديثاً، فقد أصبح يمثل ميداناً نشطاً منتجاً للبحث. ومن أحسن التحليلات العائلية لاستبيانات الشخصية Personality Questionnaire ما قام به كل من (موسير I. Mosier عام ١٩٣٧)، و(جيلفورد J.P. Guilford أعوام ١٩٣٤، ١٩٣٦، ١٩٣٩، ١٩٣٩)، و(أيزنك H.J. Eysenck عام ١٩٤٧)، و(كاتل R.P. Cattell عام ١٩٤٦).

في مثل هذه الدراسات يبدأ التحليل بمصفوفة معاملات الارتباط بين كل اختبارين من الاختبارات، تتحول المصفوفة الارتباطية Correlation Matrix في طريقة التحليل العاملي إلى مصفوفة عاملية Factor Matrix بإعطاء وزن أو درجة تشبع Loading لكل عامل في كل اختبار.

ويلاحظ أن التشبعات السالبة للعوامل لا يتخلص منها عن طريقة إدارة المحاور، فنظراً لأن كثيراً من سمات الشخصية يمكن اعتبارها ذات قطبين Bi-Bolar مثل (السيطرة - الخضوع)، (الانطواء - الانبساط) فإن التشبعات السالبة تصبح ذات معنى أكثر في هذا المجال عنها في تحليل القدرات (٢)، ٦٩٠-٦٩١) لقد أدخلت نظريات العوامل في مجال علم النفس الذي يتميز بالحساسية والذاتية، مرحلة تطلب الترحيب من صلابة الرأي، ومن التركيز على العياني، فبينما كان يقنع الكثير من أصحاب نظريات الشخصية بصياغة المفاهيم من الافتراضات التي تؤدي إلى حيث يقع الباحث في مستنقع من التضمينات المتعارضة وغير الواضحة، فإن صاحب نظرية العامل: ١ - ينزع إلى تقديم فكرته في صورة مجموعة من الأبعاد أو العوامل البسيطة والواضحة، وبذلك فإن البساطة والوضوح هما الميزتان الرئيستان لهذا النوع من النظريات.

٢ - لا يتميز صاحب نظرية العامل بالاقتصاد والوضوح في نظرياته فحسب بل يتميز أيضاً بأنه إجرائي ويتضمن موقفه اهتماماً تفصيلياً بالتعريف التجريبي الواضح والبعيد عن الغموض أكثر مما تتضمنه أغلب الأنواع الأخرى من النظريات الفلسفية.

٣ - أخذ أصحاب نظرية العامل الكثير من خبرة المشتغلين بالقياس النفسى فى توفير الوسائل المناسبة للقياس، كما اهتموا بطرح أسئلة عرضية وإن كانت هامة فيما يتعلق بأحادية البعد - والاتساق الداخلى - والقابلية للإعادة.

٤ - توصل أصحاب هذه النظريات إلى إجراء موضوعى قابل للتكرار لتحديد المتغيرات الكامنة.

والواقع أن التحليل العاملى يقدم على الأقل اختباراً عما إذا كان المتغير الذى تم التعرف عليه وتضمنه مقياس جديد موجوداً بالفعل أم لا، وبعبارة أخرى، فحتى إذا كان التحليل العاملى يعتمد على أفكار مسبقة وهو كذلك بالتأكيد فإنه يتيح الوسائل لتقييم صلاحية تلك الأفكار.

وأيضاً فى دراسات التحليل العاملى تقدم وسيلة مستقلة تماماً لتأكيد أو لنفى المتغيرات التى سبق استنتاجها أو حُدسها من خلال الملاحظة الإكلينيكية أو التجريبية (٤٣ : ٥٣٢-٥٣٦).

ويلخص أيزنك ذلك كله فى إشارته «إذا كانت مهمتنا الرئيسية هى أن نقدم على الأقل حلاً وقتياً لمشكلة التصنيف فى بحوث الشخصية، فإننا نشغل آلياً بمشكلة إيجاد الأبعاد المناسبة للشخصية، وينبغى أن نتجه إلى التحليل العاملى كطريقة تساعدنا على الحل لأنه برغم الصعاب وأوجه الضعف المعترف بها فى تلك الطريقة فإنه لا توجد فى المرحلة الحالية من معرفتنا أية طريقة أخرى يمكن أن تساعدنا فى بحثنا» (٤٢ : ٦٤).

نظرية الأبعاد - هانز أيزنك :

لاشك أن اعتقاد أيزنك H.J. Eysenck بأن أغلب نظريات الشخصية متعلقة بمتغيرات متشابهة - وغير محددة - إلى جانب استخدامه للتحليل العاملى قد أفضينا إلى نظام للشخصية يتميز بعدد صغير جداً من الأبعاد الرئيسية أو العوامل التى تم تحديدها بدقة فائقة، والشخصية كما يتصورها أيزنك عبارة عن تكامل وتفاعل لتلك الأبعاد أو العوامل الثلاثة داخل الإطار العام لتكوين الشخص الجسمى، ويلاحظ أن أيزنك يستخدم التكوين أو البناء الجسمى كمتغير أساسى من متغيرات الشخصية (261-262: 56).

لذلك يشير فى بداية مؤلفه «أبعاد الشخصية، ١٩٤٧، ص ٢٥» إلى تعريف الشخصية بقوله إن الشخصية هى ذلك «... المجموع الكلى لأنماط السلوك الفعلية أو الكامنة لدى الكائن، ونظراً لأنها تتحدد بالوراثة والبيئة فإنها تنبعث وتتطور من خلال التفاعل الوظيفى لأربعة قطاعات رئيسية تنتظم فيها تلك الأنماط السلوكية: القطاع المعرفى (الذكاء)، القطاع النزوعى (الخلق)، القطاع الوجدانى (المزاج)، والقطاع البدنى (التكوين). (56:25).

وبهذا المعنى ينتهى أيزنك إلى استخلاص ثلاثة عوامل أو أبعاد رئيسية للشخصية هى العصابية/ الاتزان الانفعالى، الانطواء/ الانبساط، الذهانى/ السواء.

ويؤكد أيزنك فى أكثر من موضع فى مؤلفه هذا - أن العصابية/ الاتزان الانفعالى، والانطواء/ الانبساط هما البعدان الوحيدان اللذان وجدتهما العديد من الباحثين المختلفين مراراً وتكراراً أثناء استخدامهم طرقاً عديدة ومختلفة، وقد أشار إلى أنه من الممكن الاتفاق على أن هذين البعدين هما أكثر الأبعاد أهمية فى وصف السلوك والتصرف الإنسانى.

وفى تصوره أن التصميم الهندسى للشخصية تصميم رمى يبدأ فى

أسفله بقاعدة عريضة تضم وقائع سلوك الأفراد وعاداتهم، أو عينة كبيرة من هذه الوقائع أو العادات، ثم تتلخص هذه القاعدة في مستوى أعلى منها عبارة عن عدد محدود من الأبعاد الصغرى (أو السمات)، ثم تتلخص هذه السمات أو تتجمع في مستوى أعلى منها هو مستوى الأبعاد الكبرى. والواقع أن تصوراً كتصور أبعاد الشخصية سواء أكان من بين الأبعاد الصغرى أم كان من بين الأبعاد الكبرى فأهم ما فيها أنها تقدم لنا إطاراً يصلح للمقارنة الكمية بين بعض جوانب النشاط النفسى لدى الأفراد... إنها لا تقدم لنا تعليلاً أو تفسيراً لهذه المظاهر... إنها تقدم تبويكاً وتنظيماً فحسب. (٢٢ : ٤١-٤٧).

إذاً يتضح أن الإطار البنائى لنظرية الشخصية عند أيزنك يعرف عن طريق أبعاد الشخصية أو عواملها : العصائية / الاتزان الانفعالى، الانطواء / الانبساط، وهذه الأبعاد تمثل أصول الاختلاف أو التباين فى وصف الشخصية والسلوك، كما أنها تعتبر متغيرات مستقلة غير مرتبطة، وقد يتضح هذا التصور للإطار الأيزنكى للشخصية أو يكتمل بتصوره فكرة البعد مع التمثيل لها بأحد تلك الأبعاد الرئيسية للشخصية فالأبعاد Dimensions إن هى إلا أطر Frames تتنظم داخلها مظاهر السلوك فى مجموعات متماسكة إلى حد كبير يجمع بين أفراد كل منها جامع الاتفاق فى سرعة النضج واتجاهه، فهى تزداد معاً وتنقص معاً، وتثبت على قدر معين معاً. (المرجع السابق). وقد نسميها المحاور التى تدور عليها الشخصية أو السمات التى تتسم بها الشخصية، وهى أسماء متعددة لمسمى واحد، والبعد يحكم طبيعته هو مسافة أو مستقيم يمتد بين نقطتين. نفرض أننا بصدد أحد الأبعاد الصغرى: البعد الدال على سمة معينة ولتكن (المثابرة)، معنى ذلك أن هذا البعد يمتد من نقطة تمثل أكبر قدر من المثابرة إلى النقطة التى تمثل أدنى قدر منها، والمسافة بين النقطتين متدرجة، فإذا كان لدينا مقياس لهذه السمة وطبقناه على عدد من الأشخاص بحيث ينال كل شخص درجة على هذا المقياس

فإن هذه الدرجة تحدد لكل منها موضعاً معيناً على البعد الذى نحن بصدده (المرجع السابق، ومعنى ذلك أن البعد بهذه الصورة عبارة عن متصل كمى له طرفان أحدهما إيجابى والآخر سلبى (112 : 82)، وتظهر معظم الوظائف النفسية تنوعاً مستمراً على طول البعد (153 : 70)، وبالتالي فإن الأبعاد تمثل أصول الاختلاف أو التباين فى وصف الشخصية والسلوك، كما أنها تعد متغيرات مستقلة غير مرتبطة.

وفيما يلى تتعرض لبعض الأبعاد الأساسية للشخصية وهى أبعاد العصائية/الاتزان، والانبساط/ الانطواء، والذهانية/السواء.

أولاً: بعد العصائية/ الاتزان الانفعالى

بين أيزنك أن قدرًا كبيراً من السلوك الذى يؤدي إلى مفهوم الشخصية يمكن أن يوصف فى ضوء بعدين أو عاملين أو محورين (متصلين كميين رئيسيين)، أحدهما هو الانبساط - الانطواء والآخر هو الانفعالية أو العصائية، فى مقابل الاتزان أو السواء، وكلاهما مستقل عن الذكاء.

أ - قطب العصائية:

أحد طرفي محور (العصائية - الاتزان الوجداني أو الانفعالي) وهو المحور الثانى من المحاور الأساسية الكبرى للشخصية، ولنتأمل أولاً مفهوم الانفعالية أو العصائية، من الواضح أن ما نتناوله هنا هو استجابة مبالغ فيها من جانب الفرد تجاه مجموعة من المنبهات، وتأخذ هذه الاستجابة شكل الانفعالات البالغة القوة والتي تظهر فى ظل ظروف لا يشعر فيها معظم الناس الا بانفعال ضعيف، بل ربما لا يشعرون فيها بانفعال على الإطلاق.

ويشير أيزنك بأن هذا العامل قد تم استخلاصه من خلال عدد كبير من الدراسات، وأوضح لنا من خلالها أن العصائية تعد هى القطب المرضى لهذا البعد، كما أشار إلى أنه من الممكن الاتفاق على أن هذين البعدين هما أكثر الأبعاد أهمية فى وصف السلوك والتصرف الانساني.

وقد أسفرت سلسلة الدراسات التي أجراها أيزنك ومعاونوه والتي أدت إلى وصف تفصيلي للمنطوى والمنبسط عن نتائج تتعلق بالفرد الحاصل على درجة عالية على بعد العصائية يلخصها أيزنك كالآتي:

أولاً الجوانب الاكلينيكية:

وتشمل التنظيم السيء للشخصية، الاتكالية، سهولة الاستهداف للمرض، الاهتمامات الضعيفة، الطاقة الضعيفة، عدم سواء الوالدين، الموقف المنزلي غير المرضى، توهم المرض، هذا بالإضافة إلى أنه غير اجتماعي وسطحي.

ثانياً: تقديرات الذات:

المعاناة من مشاعر النقص، العصيبة، السخط الدائم، الاستهداف للحوادث.

ثالثاً: الوظائف العقلية:

الذكاء منخفض وثبات الإعادة منخفض.

رابعاً: استجابته للاختبارات:

الايحائية العادية، المثابرة القليلة، الإيقاع الشخصي البطيء، الطلاقة المنخفضة، القصور النفسى المتطرف، المنحنى غير المستوى من الأداء (التعلم)، التحسن البطيء أثناء التطبيق، النزعة للكبت، النقص غير السوى للأجتماعية، معدل استجابته للروشاخ غير سوية.

ونستطيع أن تقدم هذه النتائج فى صورة وصفية عامة كالآتى:-

«أن العصابى فى المتوسط شخص يشكو قصوراً فى العقل والجسم، وذكائه نحو المتوسط، وكذلك إرادته وقدرته على الضبط الانفعالى، ودقة أحساسه، وقدرته على التعبير عن نفسه، وهو قابل للإيحاء تنقصه المثابرة، بطيء فى التفكير والعمل، غير اجتماعي، ينزع إلى كبت الحقائق غير السارة.

والعصابية اصطلاح مرادف لضعف الانا في إطار نظرية كاتل «أن هذا القطب للسمة (ث) يكشف عن نفسه في عدم الاتزان الانفعالي، والقابلية للاضطراب وتقلب المزاج».

وفي مفهوم كاتل أيضاً أن الانفعالي هو المتهيج (السهل الاستشارة) يصبح بصوت عال كالأطفال، كما أنه يضحك بصوت عال، ويظهر تأثر وجداني بالغ، يغضب أحياناً وفي كل الانفعالات يكون متطرفاً ذلك بعكس الهادئ فهو من يظهر ثباتاً انفعالياً ويظهر علامات قليلة من التهيج الانفعالي لاى نوع من المعارضة وعدم الاتفاق والغضب.

ويبدى الشخص المضطرب انفعالياً متطرفاً في الانفعال بمعنى أنه قد يصبح فى حالة كاملة من الفرح والسرور، او فى حالة شديدة من الاكتئاب دون سبب واضح. وفى بعض الحالات الأخرى تكون الاستجابة الانفعالية مضطربة وغير مناسبة للموقف الخارجى الذى تصدر الاستجابة الانفعالية كرد فعل له كأن يضحك الشخص عند علمه بمقتل ابنه فى حادث أب بموت زوجته.

وقد بدأت الدراسات العاملية تشق طريقها نحو دراسة التنظيم الانفعالي، وتنتهى إلى نفس النتائج التى أنتهى إليها أيزنك فى بحوثه فى استخلاص عوامل كالعصابية والانبساط.

وقد تمكن جيلفرد من عزل ثلاثة عشر عاملاً وضعت كالأتى:

(الانطواء الاجتماعى، الانطواء المفكر، الانقباض، الميل الدورى، الشعور بالسعادة، عدم الاهتمام، النشاط العام، السيطرة والخضوع، الذكورة والأنوثة، العصبية، الشعور بالنقص، الموضوعية، الميل إلى التعاون، الاستكانة).

وربما تفسر السمات (د.ث) عندما تؤاخذان معاً قدرًا كبيراً من (زملة Syndrome الميل العصبى أوسوء التوافق الوجداني، قد أظهر مقياس (ث. C) أنه مشبع تشبعاً عالياً بعامل العصابية.

كذلك ادت دراسات (مودير Mosieuer) إلى عزل ثمانية عوامل متعامدة في الاستجابة وهي (الميل للتقلب، الهبوط، زيادة الحساسية، الشعور بالنقص، الشعور بالنفس في الاجتماعات، النقص المعرفي، الميل للتفكير الاجتراري).

ويشير أيزنك في مؤلفه (56:55) إلى دراسة (فيرنون ١٩٣٨) التي استخدم فيها التحليل العاملي لبنود الاستخبارات، ويشير إلى أنه قد انتهى إلى عاملين أو بعدين أساسيين شبيهين بالابعاد التي انتهى إليها أيزنك. العامل الأول وهو شبيه بعامل أو بعد العصائية وقد رمز إليه $P +$ والعامل الثاني فهو شبيه بالعامل الثاني لأيزنك أحد قطبيه الديستاميا والقطب الآخر هو الهستيريا.

كذلك فإن بعد العصائية/ الاتزان - في البناء الأيرنكي للشخصية يتفق في معناه وذلك الذي أنتهى إليه (فوندت Wundt) من أن هذا البعد - بعد العصائية - يتعلق بقوة أو ضعف الاستجابات الانفعالية، بمعنى أن الشخص طبقاً لرأى فوندت الذي يتميز بالانفعالات القوية ينزع إلى أن يكون عصائياً، غير متزن، بينما على القطب الآخر من ذلك البعد نجد شخصياً يتميز بأنه غير منفعل، متزن، غير عصائى.

ويشير د. سوييف في مؤلفه (علم النفس الحديث ١٩٧٨) إلى أن نتائج الدراسات العاملية في بناء الشخصية توصلت إلى وجود عدد من المحاور الرئيسية الكبرى للشخصية: -

الأول: هو محور البعد الخاص بالذكاء، أي القدرة العقلية العامة.

والخوَر الثاني: ينتظم جميع العمليات الانفعالية من حيث تحقيقها لاتزان الشخصية وتوافقها أو من حيث إخلالها بهذا الاتزان والتوافق والاسم الاصطلاحي هنا هو «العصائية»

والخوَر الثالث: ينتظم مجموعة العادات التي تنبئ عن المصدر الرئيسى

للقيم المحركة لهذا الفرد أو ذاك ويسمى البعد (بالانطواء) أحياناً (والانبساط) أحياناً أخرى.

ويصنف كولمان الاعراض العامة للاضطرابات الانفعالية كالآتي:

قلق مرضى، حمل وتبلد، المعاناة من عقد الذنب، حالات الاكتئاب، الشعور بعدم السواء أو بالاعتلال دائماً.

ونتيجة لذلك فإن إرجاعاته الانفعالية غالباً ما تكون فجأة تجاه مواقف الحياة المختلفة. هذه الصورة للشخصية غير المتزنة انفعالياً التى تتسم بالتهيج والإثارة بصورة غير عادية فى مواجهة الضغوط الصغرى، كما تتسم باتجاهات انفعالية متقلبة لا بد أنها تخطم علاقات الفرد مع الافراد المحيطين به، كما أنها تضعف من حكمة على الأشياء، كما تجعله غير قادر على ضبط نزعاته والعدوانية.

ومن أبرز التعريفات التى قدمت لهذا المصطلح، يشير دريفر (137: 54) ويتفق معه وراى (139 : 84) فى أن عدم الاتزان الانفعالى حالة تتصف بتغيرات سريعة غير محددة ومن ثم يظهر استجابة غير مناسبة (تجاه مجموعة المنبهات التى تثيره من الخارج كما يشير إلى أن عدم الاتزان الانفعالى من الناحية العصبية تشكل حالة تتضمن عجزاً فى تلك الوظائف التى تتضمن شأبة الكائن على الهدف وضبط النفس.

ولذلك نجد أن اصطلاح العصائية يأتى كصفة للعصاب أو الأعصاب (70:346 + 70:397)، كما يرادف المفهوم أيضاً اصطلاح العصاب النفسى، ومن المعروف أن العصاب هو اضطراب وظيفى بسيط فى الجهاز العصبى للفرد لا يحدث تغيراً مرضياً فيه (179: 84) ولا يحتاج إلى عزل بالمستشفى (666: 53 + 731: 82) واستناد إلى هذا نجد أن العصائية كصفة مجردة للعصاب تتضمن أشكال سوء التوافق المختلفة

كما سبق يتضح أن الأنفعالية تعنى نزعة للتغير السريع أو استجابة مبالغ

فيها تجاه تلك المواقف الصادمة للشخص ، ولذلك كانت الانفعالية صفة للشخص الذى تأخذ استجابته شكل الانفعالات البالغة القوة أو المتطرفة ، ولذلك يوصف الشخص غير المتزن انفعاليا بأنه ذلك الشخص الذى يستجيب بانثارة وباندفاع فى مواجهته تلك المواقف الصادمة .

كما أن تلك النزعات الانفعالية المتقلبة للشخص غير المتزن غالبا ما تؤدي إلى تهديد علاقات الفرد بمن يحيط به

ب - قطب الاتزان الانفعالى:

هو الطرف الثانى من المحور السابق ، إذ أن هذا المحور متصل كمنى أو بعد من أبعاد الشخصية أحد طرفيه العصائية ، وطرفه الثانى الاتزان الانفعالى أو الوجدانى أو قوة الأنا ، وفى الطرف الأول نجد شخصا عصائيا ، غير متزن انفعاليا ، غير متوافق اجتماعيا مع البيئة المحيطة به ، يعانى من صراعات بينه وبين نفسه ، وبينه وبين البيئة المحيطة به ، وفى الطرف الثانى حيث الاتزان الانفعالى أو قوة الأنا نجد طرازاً من الاشخاص متزناً انفعالياً ، ناجحاً ، متوافقاً اجتماعياً ، لا يعانى من صراعات سواء كانت بينه وبين نفسه ، أو بينه وبين البيئة المحيطة به .

ويمر هذان الطرفان أو هذا المحور من خلال متوسط الأشخاص الأسوياء وبعبارة أخرى فإن الاتزان الانفعالى / عدم الاتزان الانفعالى ، متصل كمنى تشير الدرجات العالية عليه إلى صحة نفسية جيدة ، تحرر من نزعات القلق العصائى ، بينما تشير الدرجات المنخفضة على هذا المتصل إلى انحراف مزاجى ، عدم اتزان الحياة الانفعالية للشخص بالاضافة إلى الاتجاهات العصائية .

ويحدد كاتل الطبيعة العاملية لهذا البعد على النحو التالى (قوة الانا/ الميل العصائى) هكذا عزل كاتل عامل قوة الأنا مقابل الميل العصائى ، ويتميز هذا العامل فى قطب منه بالنضج الانفعالى والاستقرار الواقعية ، وفى

القطب الآخر منه بالانفعالية العامة وعدم الإشباع، بالإضافة إلى الأعراض العصائية المختلفة.

وتفسير ذلك أن (قوة الأنا ego-Strength) سمة أساسية تظهر نفسها في الاتزان الانفعالي الجيد، والمقدرة علي التعامل بنجاح مع الصعوبات الانفعالية، بينما تشير (ضعف الأنا ego-Weakness) كما حددها كاتل أيضاً إلى عدم اتزان انفعالي وقابلية للاضطراب، والمزاج المتقلب (قوة الأنا C+ ضعف الأنا C-).

بعبارة أخرى يعتبر العامل (ث C) والذي اكتشفه كاتل (١٩٦٥) من خلال تحليله العاملي للشخصية عامل أو سمة ثنائية القطب تمتد من الخلق المتزن وجدانياً وقد رمز له (C+) وإلى الانفعالية العصائية العامة وقد رمزاً إليه (C-) ويتصف الخلق المتزن وجدانياً بالاتزان الوجداني، الخلو من الأعراض العصائية الحاضرة. منضبط، هادئ، صبور، لا يعاني من قلق خاصة على صحته، بينما يتصف الطرف الثاني وهو الانفعالية العصائية العامة بعدم الاتزان الانفعالي، القلق، المعاناة من الأعراض العصائية المختلفة، متهيج دائماً، غير صبور، ويعاني من ضيق نفسى خاصة على صحته، كما أنه متقلب المزاج بصورة موصولة.

وبوجه عام فإن قوة الأنا تعنى القدرة على التكيف مع شروط الواقع، الاحتفاظ بإرجاع انفعالية متزنة، التوافق مع المطالب الاجتماعية، الاتزان، القدرة على التحكم فى الانفعالات وفى التعبير عنها أيضاً فى مواقف الغضب، وفى مواقف الرضا، وفى الحزن، وفى الفرح، وعند الخوف وعند الاطمئنان، الخلو من الصراعات المرضية، وترادف فى مفهومنا الاتزان الانفعالي أو الصحة النفسية الجيدة كقطب مقابل العصائية.

وبعبارة أخرى فإن قوة الأنا تعنى :

١ - قدرة الشخص على تحقيق ذاته.

٢ - القدرة على تحقيق التوافق بوجه عام.

ويعنى الاتزان الانفعالى قدرة الشخص على التحكم فى انفعالاته فى مواجهة المواقف الصادمة كى تتفق تلك الانفعالات والمواقف الخارجية، ولذلك كان الاتزان الانفعالى صفة للشخص الذى لا يستجيب بصورة مبالغ فيها لتلك المواقف الصادمة (143,177:70) كما يقصد به التفاضل والبشاشة وعدم التقلب الانفعالى، والشعور بالصحة الجيدة والتحرر من الشعور بالاثم أو القلق والوحدة وأحلام اليقظة والتحرر من السيطرة لبعض الأفكار والمشاعر (٢٤٤ : ٣١ - ٢٧٣) هذا بالإضافة إلى القدرة على تحمل الضغط المادى والادبى والخلو من الأعراض العصبية.

تناول الباحث فى الفقرات القليلة السابقة بعد العصبائية/ الاتزان الانفعالى كما تناوله كل من أيزنك وكاتل فى نظرياتهم عن الشخصية، وقد تبين من خلال هذا العرض أن هناك اتفاقاً واضحاً لديهم مما يشير إلى وحدة الإطار المرجعى والذى تمثل فى نظرياتهم لتفسير السلوك الانسانى. ننتقل بعد ذلك إلى تناول هذا البعد فى نظريات علمية أخرى وإن كانت مبكرة تماماً عما ورد فى هذه الفقرة إلا أنها تتفق وما تم استخلاصه فيها.

أولاً: بعد العصبائية/ الاتزان الانفعالى فى نظرية سيورل ييوت:

يعتبر C.Burt مر، الأوائل الذين قدموا لنا مفهومًا متسيزًا واضحًا لهذه السمة من سمات الشخصية الأساسية يستند "لـ منهجه فى التحليل العاملى ومقابلاته وملاحظاته الاكلينيكية، فيبين أنه مع القدرات العقلية الانفعالية، يكون هناك عامل مركزي فريد يضمها جميعاً معاً، فالعامل المركزى الكامن وراء العمليات العقلية يمكن أن يوصف بأنه الذكاء العام، والعامل المركزى الذى يكمن وراء الغرائز والانفعالات اصطلاح على أن يطلق عليه «الانفعالية العامة» ويتم تشخيص الاشخاص الذين نمت انفعالاتهم إلى درجة متوقعة فنياً بأصطلاح غير متزن انفعالياً.

ويعتبر عامل الانفعالية أحد العوامل الأربعة التي تشكل التنظيم الانفعالي في نظرية بيرت وهناك صفات أساسية يمتاز بها الشخص سوى في التكوين المزاجي أى الشخص المتزن انفعالياً، نلخصها فى الصفات الرئيسية التالية: -

أ - الثبوت الانفعالي

ب - الواقعية فى مجابهة المشاكل.

ج - الثقة والاستقرار والتحرر من الاضطراب الانفعالي الداخلى.

د - القدرة على إظهار الولاء والاستمرار والأمانة والمناعة ضد مغريات العالم الخارجى واحترام الذات.

تلك هى الصفات التى تميز الشخص الثابت انفعالياً.

أما أولئك الذين ينحرفون عن الثبات الانفعالي فنستطيع أن نفرق فيهم بين نوعين من الناس:

الفرق الأول: وهؤلاء يتصفون بأن انفعالياتهم ضعيفة أو واهنة جداً.

ويتميز الافراد الذين يندرجون فى إطار هذا الفريق بأنهم ضعاف الحساسية للمواقف الاجتماعية والانفعالية، ولا يهتمون كثيراً بمشاعر الآخرين، بطيئوا الاستجابة، وهذا البطء لا يرجع إلى تحكم فى الانفعالات أو السيطرة عليها، بل يعود أصلاً إلى نقص فى الطاقة الكامنة وراء نشاطهم الانفعالي وهذا النقص يؤثر فى جميع مظاهر سلوكهم الانفعالي، والفرد فى هذه الفئة نطلق عليه (البليد انفعالياً) وهو الشخص الضعيف الإحساس بالمواقف الاجتماعية والانفعالية.

أما الفريق الآخر، فيتصف بانفعالية قوية، ولا شك أننا نستطيع رسم الصورة السلوكية لهذا الشخص، إذ تتميز الانفعالية العامة عنده بشيء من الأفراط، هذا الشخص سهل الاستثارة انفعالي، متقلب، ويلوح أن أنفعالية مثل هذا لا شخص قد نمت إلى الحد الذى لا يمكنه معه أن يتحكم فيها أو

يسيطر عليها، وبالتالي فإن ذكاءه اضعف من أنفعاليته العاة. مثل هذا لاشخص يسمى بالانسان غير الثابت أو غير المستقر، وهذا الشخص يهرب من تحمل المسؤولية أو من أى عمل تقع عليه فيه مسؤولية معينة، يميل إلى الوحدة ولا يقنع بإشباعه، ويصعب عليه كثيراً التكيف مع البيئة التى يعيش فيها، وأخيراً نجد عند غير الثابتين انفعاليا ميلا قويا للإمراض العصابية الوظيفية أو العصاب.

والواقع أن هذا يقتضى أن نتصور الانفعالية العامة فى هذه النظرية كنموذج فرضى يشترك فى جميع أنواع السلوك الانفعالى، مثله فى ذلك كمثل القدرة العقلية العامة كمفهوم إحصائى وكتكوين فرضى.

والواقع أن هذا يقتضى أن نتصور الانفعالية العامة فى هذه النظرية كنموذج عام فرضى يشترك فى جميع أنواع السلوك الانفعالى، مثله فى ذلك كمثل القدرة العقلية العامة كمفهوم إحصائى وكتكوين فرضى.

وفى مقال عرض لبييرت باسم (الجناح والنقص العقلى - brit. J. psy- chol, 111, 1923) بين أن مفهوم النقص المزاجى (Temperamental deficiency) يجب أن يوضع بدلاً من مفهوم (الضعف الخلقي - Moral Imbecility) وبالنظر إلى التشخيص يجب أن ندرك: -

أولاً: أنه ليس هناك غريزة واحدة أو أنفعال واحد يكون متطرفاً كى نحكم على السلوك بأنه ناقص مزاجياً، ولكن يجب أن تكون الغالبية متطرفة.

ثانياً: أن التطرف يجب أن يكون قليلاً منه ولادياً، وبعد ذلك تأتى الشروط الظاهرية فحالات العصاب النفسى، وحالات عدم اتزان المراهقين يتفقان هنا، فالسلوك فى جزء منه يأتى نتيجة للعقد العصابية، والبعض منه يأتى نتيجة للشروط الخارجية التى تكون بمثابة العوامل المعجلة.

وتبعاً لهذا حدد بيرت نسبة الذين يعانون من عيوب مزاجية بأنها تبلغ ١,٥ ٪ من كل السكان الذين يكونون أكثر أنفعالا، والفئة الثانية وتبلغ نسبة

١٧. وهم غير مترنين مزاجيا وقد اقترح بيرت التمييز الآتى:-

أن الشخص الناقص مزاجيا هو الشخص الذى تبدو لديه منذ الميلاد أو منذ سن مبكرة علامات عدم الاستقرار الانفعالى بشكل واضح يستدعى العناية بهم والاشراف عليهم لحمايتهم وحماية الآخرين منهم. دون أن يكون هذا الشخص ناقصاً من الناحية العقلية.

وإذا أردنا أن نضع مقياسا للنمو المزاجى شبيها بمقاييس نمو الذكاء، فأنا نجد الطفل الناقص مزاجيا هو الذى تبدو لديه منذ الميلاد علامات العجز عن الضبط الانفعالى عن الطفل المتوسط الذى له نصف عمره.

وأن الراشد أو المضطرب مزاجيا هو الذى تبدو لديه أمارات العجز عن الانضباط الانفعالى أكثر منها عند الطفل المتوسط الذى عمره سبع سنوات. وقد ركز بيرت فى موضع آخر من مؤلفه على أن هناك حالات تلاحظ فيها الانفعالية الطفلية الفجة بكثرة فى أوقات البلوغ (بيرت).

ثانياً: العصائية كسمة للشخصية فطرية:

هناك اتفاق ملحوظ بين علماء النفس الآن على أن الوراثة والبيئة لا يمكن فصلهما بسهولة كما أن السلوك لا يمكن تقسيمه ببساطة إلى موروث ومكتسب، وتبعاً لهذا الاعتبار تساهم الوراثة والبيئة معاً فى نمو السلوك كله ويمكن تحليل الخصائص السلوكية الناجمة إلى مجموع مؤثرات الوراثة والبيئة، والرأى الأكثر شيوعاً هو أن الوراثة والبيئة تسهمان بالتضامن فى نمو السلوك الآن (٢: ١٥٠) ويشير أيزنك إلى أن سمات الشخصية لا يمكن أن تورث دون التسليم بوجود بعض الأسس الفسيولوجية أو العصائية والبيوكيميائية التى تشكلها المورثات الحاملة لاستعدادنا الوراثة، أو بمعنى آخر لا تؤثر الوراثة فى السلوك بطريقة مباشرة، وإنما تؤثر فيه بطريقة غير مباشرة عن طريق التكوينات الجسمية وهذه التكوينات لها أهميتها من حيث أنها تحدد إمكانية التفاعل مع البيئة.

ويرجع أيزنك الاختلافات بين الناس فى الانفعالية أو العصائية إلى الاختلافات الموروثة فى درجة قابلية الجهاز العصائى المستقل للتغير والاستشارة، فبعض الناس بحكم تكوينهم لديهم استعداداً لأن يستجيب الجهاز العصائى لديهم بقوة لمختلف أنواع المنبهات التى يتلقاها، بينما أناس آخرون لديهم الاستعداد للاستجابة أقل بكثير. وإذا تكامل ردود الفعل هذه كما هى مع النشاط المستمر للكائن المعين فإنه يحس بها كأنفعالات ويتصرف تبعاً لذلك.

ومن النظريات التى تفسر دور الوراثة فى العصائية: نظرية الاستعداد الورائى وتؤكد هذه النظرية على دور العوامل الوراثية Genetic F، ويمكن أن يبرز دور هذه العوامل فى اضطراب السلوك كالآتى:

١ - وجود أحد الموروثات Gene غير السوية يكون تأثيرها فى السلوك محسوبا فى الفروق البيئية، وأيضاً فى الفروق فى نظام الطراز الأصلى للشخصية كمحدد يكمن وراء ذلك التأثير .

٢ - أو فى عدد كبير من المورثات يكون تأثيرها فى السلوك الصغير متشابه، ويطلق على هذه النظرية نظرية الاستعداد الورائى وتحدث فى الصورة الأحادية العامل Unifactorial وفى الصورة المتعددة العوامل أيضاً Mul-tifactorial ويبدو أن الشخص الذى يكون موضوعاً لانفعالات قوية، أو حتى واقعاً تحت شروط قد لا تنشأ عنها فى العادة انفعالات قوية بالنسبة للشخص السوى، فإن هذا يكون راجعاً إلى احتمالات الوراثة.

وقد أكد أيزنك الدرجة التى يمكن لأبعاد الشخصية أن تركز عليها على الوراثة بتجارية على التوائم المتطابقة والصنوية، وتتضمن التجربة تسجيل رد فعل الجهاز العصائى السمبثاوى لمختلف أشكال الضغوط سواء أكانت جسمية كدفع يده فى دلو ماء مثلج أو ضغوط عقلية (إجهاد عصائى) فوجد أن التوائم المتطابقة أكثر تشابهاً فى قوة استجابتها من التوائم الصنوية.

. فى دراسة (أيزنك وبريل ١٩٥١)، وقد استهدفت اختبار الفرض الدال، على أن البعد العصائى يتحدد جزئياً على الأقل بعوامل تكوينية أو وراثية، وقد أعتمد فيها الباحثون على أسلوب التحليل العاملى كطريقة رئيسية للتحليل، وقد درس الباحثات عينة قوامها ٢٥ زوجاً من التوائم الصنوية وعدداً آخر قوامه ٢٥ زوجاً من التوائم الاخوية، وكانت العينة كلها من أطفال المدارس، وقد تم حساب درجة العصائية لكل فرد، من أفراد العينة على بطارية من الاختبارات النفسية.

وقد أدت بالباحثين (أيزنك وبريل) إلى النتيجة الآتية:

لقد أوضحنا أن التوائم الصنوية أبدت ارتباطاً على العصائية بلغ ٠,٨٥١ على حين أبدت التوائم غير الصنوية ارتباطاً بلغ ٠,٢١٧، فحسب، ومن هنا نستخلص أن الفروق الفردية بالنسبة للعصائية أو الاتزان أو التكامل... تحددها الوراثة إلى درجة كبيرة جداً، ولا تحددها البيئة إلا بقدر بالغ الضآلة... وتطبق هذه النتيجة فحسب على ذلك النمط العام من البيئة التى تأتى منها جميع توائمننا، وربما لا يمكن تطبيقها فى ظروف أكثر تطرفاً من حيث المتغيرات البيئية كما قد يحدث فى حضارات أخرى.

وقد اتفقت تلك النتيجة (أيزنك وبريل ١٩٥١) ودراسة شيلدز (١٩٦٣) فى بحثه عن تأثير الوراثة على بعدى الانبساط والعصائية، فوجد أن التوائم المتماثلة التى تنشأ منفصلة ترتبط ارتباطاً عالياً فى كل من الانبساط، العصائية مما يؤكد التأثير القوى للوراثة على هذين العاملين.

كما أجريت العديد من البحوث والدراسات فى هذا المجال استخدمت فيها اختبارات الشخصية على عينات من التوائم الصنوية والأخوية اتضح منها:

١ - فى اختبار برنوريتير للعصاب حصلت التوائم المتطابقة على ارتباط قدرة ٠,٦٣، وحصلت التوائم الأخوية على ٠,٣٢.

٢ - وقد أعطى اختبار لنفس البعد وهو اختبار (ودورث - ماتيزوز) للشبثات الانفعالي فأعطى معامل قدرة ٠,٥٤، للمتطابقة، ٢٨، للأخوية. كما اتضح أن المعاملات تميل إلى الانخفاض فى اختبار خصائص أخرى للشخصية مثل السيطرة والاكتفاء الذاتى.

مما سبق يتضح أن الجهاز العصابى المستقل هو فى الأغلب الأساس البيولوجى للاختلافات الفردية فى ردود الأفعال الانفعالية.

رابعاً: العوامل البيئية ودورها فى نشأة العصائية:

أشار الباحث إلى أن التكوينات الفسيولوجية ممثلة فى التكوين العصابى للإنسان، تلعب دوراً هاماً فى تحديد استجابات الشخص، وهى بدورها عندما تتفاعل مع البيئة تلعب دوراً هاماً فى تحديد السلوك، لذلك يجب أن نعرف بالتأكيد أن لتأثيرات البيئة أهميتها.

فالسلوك كله هو نتيجة للتفاعل بين الوراثة والبيئة، فلا ينبغي المبالغة فى تأثير إحداها والتقليل من الأخرى. فالاستثارة أو التهيج الانفعالي المبالغ فيه فى المواقف العصائية يمكن أن ترجع إلى واحدة أو أكثر من الخبرات السابقة التى تجعل الفرد حساساً للموضوع الخارجى بوجه عام، هذه الخبرات تكون أكثر شبيهاً فى الحدوث فى موضوعات لها مكنون انفعالي واح، ومن المسلم به أن التكوين الانفعالي للفرد ضرورة للشعور بالعالم المحيط به، لذلك نرى أن الصبغة المعتلة تزداد الأرجاعات الانفعالية على أساس أن المرض خبرة نفسية يمكن أن يكون لها بعض الأثر فى حدوث الانفعال وعلى ذلك يمكن أن نرى أن هناك من الأرجاعات الانفعالية ما هو شرطى، وإذا كان الاشرط هو التأثير الأخير، فإنه يمكننا أن نقول أنه منيع أو مصدر الانفعالية.

وأثر الصدمات الانفعالية يمكن أن يكون أكثر أو أقل أنتشاراً، بينما الانفعالية يمكن أن تكون أكثر أو أقل بروعية، فالخواف المرضية مخاوف

فى قياس هذا البعد وقد روعى فيها:

- أ - قدرتها العالية على التمييز بين المجموعات السوية والمجموعات العصائية.
 ب - التشبع العالى لهذه المقاييس بعامل العصائية.. ولذلك كانت أكثر كفاءة فى التمييز بين المجموعات السوية والعصائية فى كثير من البحوث التى استخدمت فيها:

أولاً: مقياس أيزنك للعصائية (نصف اختبار E.P.I)

والمقياس يقيس بعد العصائية، وهو من تأليف هانز أيزنك وسيل أيزنك وزوجته وهو مقياس للعصائية. وقد استخدمت فى هذا البحث الترجمة العربية الصورة (أ) - ويتكون المقياس من ٢٤ بند هى البنود الزوجية فى المقياس المستخدم ككل (عدد البنود الاجمالى ٥٧ بندا).

وفى التطبيق يطلب من الفرد أن يستجيب لتلك البنود بانها تتعاضد عليه أم لا تنطبق والدرجة العالية على هذا المقياس تدل على عصائية واضحة.

وقد وجد أيزنك أن معامل الارتباط بين مقياس العصائية من E.P. I ومقياس التقلبات الوجدانية C.scale لجيلفورد ٩٢، وكانت (ن = ٤٠٠) ومن تجاربه لإثبات صدق هذا الاختبار أن طبق المقياس على عينتين من العصايين والاسوياء فوجد أن درجاتهم على هذا المقياس لها أنحراف معيارى عالى يفوق متوسط الاسوياء (23 ± 12) (ن = ٩٥) ويمكن النظر الى هذا المقياس على أنه مقياس نقى العصائية وقد اتضح أن معامل الارتباط بين مقياس العصائية والانبساط ١/٢ % من التباين الكلى.

أما ثبات هذا المقياس من E.P.I فى بعض الدراسات الحديثة فهو ٠,٧٩ وكانت ن = ٥٠ وتدعم تلك الأرقام بشدة الحجة المقدمة فى مؤلف (أبعاد الشخصية) أننا فى العصائية نتناول عاملاً يتعلق بالشخصية، ويمكن قياسه بنفس ثبات وصدق قياس الذكاء.

ثانياً: مقياس التقلبات الوجدانية - جيلفورد C. Scale

والمقياس مستمد من بطارية جيلفورد للشخصية المعروف باسم (S.T.D.C.R) ويهدف هذا المقياس إلى قياس بعض الأعراض المتعلقة بالاضطرابات الانفعالية أو الميل العصبي أو عدم التوافق الانفعالي.

والاختبار ذات طابع باثولوجي رغم تقنيته أصلاً على أسوياء، فالمقصود به الإشارة إلى اتجاهات معينة لبعض مظاهر سوء التوافق عند الأسوياء من شأنها إذا تضخمت (إذا غلب حدوثها في كثير من مواقف الحياة، وإذا كثرت أشباهها في سلوك الشخص) أن تؤدي بالشخص إلى المرض.

ومعامل الثبات لهذا المقياس بطريقة التصنيف باستخدام معادلة رولون = ٩٤٥، وتشبعه معامل العصائية ٩٤٩، وهو تشبع عال بمعامل العصائية (٢٢: ١٣٣) وقد اتضح لأيزنك في أحد بحوثه أن الارتباط بين هذا المقياس ومقياس العصائية من (M.P.I) = ٩٢، ٠ (ن = ٤٠٠) ولذلك وطبقا للبيانات السابقة فهذا المقياس يعتبر مقياساً جيداً للعصائية والمقياس يتكون من ٦٩ سؤالاً، وقد أعد تعريبه إلى العربية أ.د. مصطفى يوسف، ود. فرغلي فراج.

ثالثاً: - الأعراض الانهباطية - جيلفورد .

والمقياس أيضاً مستمد من نفس بطارية جيلفورد، وقد تبين تمثيل هذا المقياس للعصائية في دراستين عامليتين إحداهما في إنجلترا (بتشبع ٩٧)، والأخرى في مصر (بتشبع = ٩٤)، وثباته بطريقة التصنيف (ن = ٥٠) ٠٨١ ويتكون المقياس من ٥٩ سؤال. وقد أعد تعريبه نفس العلماء.

نوعيه، ذلك نتيجة للصدمات الانفعالية وتراكم آثارها. وباختصار فإن تلك الخبرات الانفعالية التي ترجع إلى التكوين أو الخبرة المؤلمة تكون مصاحبة عادة بتدخل قوى للطاقة تجعل من الصعب على الفرد التحكم فيها، وتأتي دوماً مصاحبة للارجاجات الانفعالية، هذا بينما يمين الهادئين أو غير المنفعلين أو الأقل انفعالا يلاحظ أن الموضوعات تكون فقط استجابات متوائمة.

كما أننا لا ينبغي أن نغفل أثر العوامل الأسرية كما تتمثل في أساليب التنشئة الاجتماعية وكذلك العوامل الثقافية، كما تتمثل في البيئة التي ينشأ فيها الفرد سواء أكانت هذه البيئة دينية أو حضرية، فقد أثبتت مجموعة من الدراسات (د. محمود عبد القادر ١٩٦٦، ١٩٧٦، ١٩٧٠) - أن تكوين اعصاب يرجع في المقام الأول الى مدى التشدد والتزمت الذى يديه الآباء لأبنائهم عند تدريبهم لهم فى كل من موقفى الجنس والعدوان، وما يترتب على ذلك من آثار تظهر أولاً على شكل اتجاهات سلبية من هؤلاء الأبناء نحو آبائهم بما فى ذلك شعورهم بعدم التقبل وتظهر بعد ذلك أو من خلال ذلك على شكل تشوهات بدرجات مختلفة فى السمات المزاجية المكونة لشخصياتهم بمعنى أن تكوين العصاب أو اكتسابه يعتمد على كم التشدد والتزمت وليس كفاءته.

وقد ظهر من هذه الدراسات أن البعد الخاص بالعصاية عند الأطفال الأسوياء الذى يمتد إلى قوة الأنا - ينتظم بداخله أهم أساليب تنشئة الطفل، كذا اتجاهات الطفل نحو هذه الأساليب، وعلى هذا الأساس فإنه يمكن تفسير بعد العصاية على أساس أساليب التنشئة الاجتماعية للطفل فى السنوات المبكرة من عمره.

كما اتضح من هذه الدراسات أن قوة الأنا لا تتأثر الى حد كبير (فى جملتها وإن اختلفت التفاصيل) بالبيئة الثقافية العامة سواء أكانت تلك البيئة ريفية أم حضارية ومن النظريات التى تفسر دور البيئة والصدمات البيئية

في حدوث العصائية، نظرية الانعصاب البيئي- Environmental Stress Theory ، ونظرية العملية المتعددة Multiple Causational Theory ، هذه النظريات التي أشار إليها (Slatter, 1944) تتفق فيما بينها على أن الانعصابات البيئية تلعب بعض الدور في نشأة الاعصبة ولكن لا يمكن إغفال الاستعداد الوراثي للشخص وتأثيره العام في الاستجابة.

ويجب التمييز بعناية بين العصائية أى عدم الاتزان الانفعالى الموروث الذى يهيم على الشخص ويجعله مستعداً لتكوين اعراض عصائية عند التعرض لضغط ويصاب فى النهاية بانهيار عصبي وبين العصاب وهو الذى ينتج من فرض ضغط انفعالى على الجهاز العصبي للإنسان فيميل إلى الاستجابة عن طريق الأعراض العصائية.

وقد يظهر العصاب عند شخص لديه درجة منخفضة من عدم الاتزان الانفعالى نتيجة ضغط ييشى قوى وشامل، وقد لا يظهر عند شخص آخر لديه استعداد شديد للعصاب نتيجة لعدم توفر الضغوط عليه. وثمة مقارنة واضحة بين العصائية، من ناحية وبين الذكاء والتعلم من ناحية أخرى، فإن الشخص مرتفع الذكاء على الرغم من استعداده لان يستجيب للتعلم استجابة جيدة إلا أنه قد يكون مع ذلك جاهلاً نتيجة لنقص التسهيلات التعليمية فى بيئته، والشخص الذى يغلب عليه الغباء قد يكتسب قدرًا من المعرفة عن طريق تدريب وتعليم خاص على الرغم من نقص قدرته الفطرية.

خامساً: القياس الموضوعى للبعد العصائى:

بعد أن أطمأن أيزنك إلى وجود البعد العصائى بوصفه عاملاً أساسياً يحدد الأداء على العديد من مختلف اختبارات الشخصية وتقديراتها، عمد هذا وزملاؤه إلى ابتكار وسائل القياس الكمية الدقيق لهذا البعد وأشار إلى أننا فى العصائية نتناول عاملاً يتعلق بالشخصية يمكن قياسه بنفس صدق وثبات قياس الذكاء وفى هذه الفقرة يعرض الباحث لبعض الاختبارات المستخدمة

ثانياً: بعد الانبساط / الانطواء

بعد أساسى من ابعاد الشخصية ينتظم ظواهر السلوك من حيث ما تفرضه من مظاهر تتذبذب بين الاندفاع والكف، وما تفرضه من ميل لدى الشخص إلى التعلق بقيم مستمدة من العالم الخارجى أو بقيم غير مستمدة من العالم الخارجى.

أ - الانبساط:

يرتبط هذا المفهوم (بكارل يونج C.Jung) ويعنى به نمط معين منه الاتجاهات يتصف بدرجة مرتفعة من الاجتماعية والنفور من التفكير فى الذات، واستبطانها، والعواطف غير المستقرة، والاستعداد دائماً للاستجابة لمنبهات البيئة، وإذا استخدمنا مصطلحات التحليل النفسى نجد أن هذا المفهوم يشير إلى إجتاه اللىبدو أو (الطاقة الوجدانية) نحو الخارج.

ب - الانطواء:

يرتبط هذا المفهوم كذلك (كارل يونج) ويعنى به نمط من الاتجاهات يتصف بوجهه نظر ذاتيه، وميل إلى تقييم البيئة الخارجية، على أساس أن الذات هى مركز الاهتمام، والانطواء ضد الانبساط ويلاحظ أن طراز الوظائف الاتية تعقد التفرقة بين (الانطواء - الانبساط) وتلك الوظائف هى: التفكير، والحدس، والأحاساس، والوجدان، ومن ثم فهناك ثمان إمكانيات لتصنيف أى فرد تبعاً لنمط الاتجاهات ونمط الوظائف.

أولاً: الانبساط/الانطواء كأنماط سيكولوجية:

يتبين من التعريفات السابقة أن بحث هذا لا بعد (الانبساط / الانطواء) يرتبط عادة بكارل يونج الطبيب النفسى السويسرى، وتشير معظم الدراسات إلى أن كارل يونج لم يبتكر تعبيرات الانبساطية والانطوائية، ولكنه أخذهما من استعمال أوروبى شائع حيث كانت تستخدم بالتأكيد من أكثر من مائتى

سنة، كما لم يكن أول من وصف هذه الأنواع من الأمزجة كما يعتقد فهي ترجع إلى أبعد من ذلك (58- 83.57، 34:85).

تنظيم الشخصية في شكل عدد محدود من الأنماط (نمطين بوجه خاص) على هذا النحو كان شائعاً بين عدد من علماء السلوك في أوائل القرن العشرين حتى أن كارل يوج قد أفرد في مؤلفه فصلاً خاصة لكل من جورون، وجروس وغيرهم، وقد وضع كل منهم نظريات سيكولوجية متشابهة لنظرية كارل يوج قائمة على أساس من تقسيم الأنماط.

فترى جورون قد قسم الناس إلى طرزان أساسين للشخصية هما: المتوتر المتأمل في مقابل المتوتر الميال إلى الفعل. وكذلك جروس وقد قسم الناس إلى طرازين كذلك ثم نرى كارل يوج C.Jung وقد قسم الناس إلى نمطين أساسين للشخصية هما المنطوي والمنبسط وقد كان كارل يوج هو أول من حصل على قبول عام لنظريته (نظرية النمط) وكانت شروحه للأنبساطي والانطوائي أساس الكثير من العمل اللاحق في هذا المجال.

وقد فكر كارل يوج Jung في النمطين نتيجة عمله الطبي مع المرضى العصبيين Nervous وهو يرى أن كل فرد يمتلك الميكانيزمين الانطوائية/ الانبساطية، ولكن غلبه أحد الميكانيزمين على الآخر هو الذى يحدد نمط الفرد.

فالمنطوي كما يرى كارل يوج إنسان مشغول بعالمه الداخلى من خيال ونشاط بدنى، وهو غير قادر نسبياً على المشاركة الاجتماعية ويتجه للبيدو أو (الطاقة النفسية) عنده إلى الداخل نحو عالمه الشخصى، على عكس المنبسط الذى يتجه للبيدو (أو الطاقة النفسية) عنده إلى البيئة الخارجية ويهتم بالعلاقات الاجتماعية، ويجد فيها إشباعاً لحاجاته الليدية.

ومعنى ذلك أن المنطوي: العوامل الذاتية هى التى تؤدى أهم دور فى توجيه سلوكه ويجد فيها إشباعاً والمنبسط: الأمور الخارجية هى أهم العوامل التى توجه سلوكه بطريقة مباشرة، ويجد فيها إشباعاً لحاجاته الليدية.

وهناك كما سبق الإشارة - أربع وظائف أساسية يوجه إليها اللبیدو ويتحدد كل نمط وهي: التفكير والحدس والاحساس والوجدان. تلك تمثل المنابع التي يستطيع أن يتعامل على أساسها الفرد مع العالم الخارجى. هذه الوظائف الأربعة توجه إلى موضوعات داخلية فينتج عن ذلك ثمانى إمكانات لتصنيف أى فرد تبعاً لنمط الاتجاهات ونمط الوظائف لديه.

هذان هما الاتجاهات اللذان يسلك من خلالهما اللبیدو، ويعتبران اتجاهين أساسيين للشخصية ومؤثرين هامين فى العلاقات الشخصية وفى الصور العامة لحياتنا، وتفرقه كارل يوج فى النمطين ذات قيمة علمية فى فهمنا للسلوك التكيفى.

ويعتبر كارل يوج هذين النمطين نمطين بيولوجيين أساسيين متضادين. وأنهما يشيران إلى اتجاهات أساسية تميز كل من مظاهر التكوين النفسى للفرد.

وهناك ثلاثة نقاط ذات أهمية فى نظرية كارل يوج تجدر الإشارة إليها. أولاً: تأكيد كارل يوج على أن الملاحظة الدقيقة وزن الشواهد يسمحان بتصنيف مؤكد لنمط الشخصية، وذلك من تعرف المرء على نمط الشخصية، منذ أول وهلة، ولذلك يشير إلى أن المرء لا يستطيع أن يصف نمطاً معيناً مهما كان كاملاً كونه ينطبق على شخص واحد بالرغم من أن الحقيقة أن الآلاف يتسمون به.

ثانياً: وتعد أهم إضافة قدمها كارل يوج هى مطابقة أقطاب التوزيع للإنبساط / الانطواء بالمجموعتين الرئيسيتين للأضطرابات العصبية، فربط بين الانطواء والسيكاثينا، والانبساط والهستيريا.

ثالثاً: تأكيد كارل يوج على استقلال الانطوائية والعصبية، وخطر الجمع بينهما فهو يقول: (إن من الخطأ الاعتقاد أن الانطوائية هى العصبية بشكل أو بآخر، وكمفاهيم لا تمت الاثنان إلى بعضهما البعض بأدنى صلة على الإطلاق).

ويلاحظ أن أنماط كارل يوج قد ذاعت على أساس مظاهرها الانفعالية فالانطوائى ينظر إليه على أنه فرد مغلق من الناحية الانفعالية على نفسه يتجنب الاتصالات الاجتماعية، ويفضل العمل على انفراد، ويجد متعة فى العمل الخيالى أكثر مما يجدها فى حياة العمل، وأما الانبساطى فإنه يجد سهولة فى مقابلة الناس، ويجد سعادته فى المواقف الاجتماعية، ويهتم بمن حوله من الزملاء وبصداقتهم.

ولذلك يبين كارل يوج أنه فى الشخصية المنبسطة تتجه (الطاقة النفسية) نحو البيئة الخارجية، بينما تتجه فى المنطوى نحو العالم الشخصى، الانبساطى يتجه عادة فى كل حركاته وأفكاره وميوله ومشاعره نحو الاشخاص، والأشياء التى حوله وتتأثر آرائه ومعتقداته بأسس الجماعة، بينما يتأثر الانطوائى بالعوامل الشخصية، وتقاس مظاهر سلوكه بمقاييس شخصية داخلية. ويعتبر كارل يوج هذين النمطين نمطين يولوجيين أساسيين متضادين. وأنهما يشيران إلى اتجاهات اساسية تميز كل مظاهر التكوين النفسى للفرد.(٢: ٥٦٥).

كما يلاحظ أن كارل يوج يضع تفرقه أخرى بين المنبسط والمنطوى على النحو الآتى:

عندما يتخذ الفرد معظم قراراته الأساسية على أساس علاقاته الاجتماعية الخارجية، ويعتاد على هذا الاتجاه يمكننا أن نضعه مع المجموعة الانبساطية أما الانطوائى فيصنفه كارل يوج بأنه الفرد الذى تؤثر على قراراته عوامل ذاتية، فشعور Consciousness الانطوائى يجعله يشك فى وجهات نظر الآخرين، ولذلك فهو يجعل من أحكامه الخاصة الذاتية التى يكونها هو وما يتوصل إليه بنفسه هى القرارات النهائية فى حكمه على الأشياء

وبالمثل نجد (كونكلن Conklin ١٩٢٢) يعرف الانبساطية بأنها حالة مستمرة يكون الانتباه فيها مشدوداً بظروف خارجية أكثر من الاهتمام

للفرد، ولهذا فمن المتوقع أن نجد علاقة بين التكوين الجسمي والاستجابات الانفعالية والسمات الذهنية، فإذا وجدت أنماطاً بيولوجية متشعبة للإنسان لكل منها خصائصها الفيزيائية والشخصية والذهنية لوجدنا اتفاقاً لدرجة ما بين هذه المميزات الفردية.

وإذا نظرنا إلى مشكلة الانماط هذه النظرة لانهت المشكلة في النهاية إلى الاهتمام بالعلاقة بين الصفات التكوينية والصفات السلوكية، إلا أن هذه المشكلة لا تهتم بالسمات المنفصلة بل بالصورة المركبة للفرد كوحدة (٢: ٥٦٩ - ٥٧٠).

وبشكل عام فلقد قبلت نظرية كارل يوج بشكل كبير وأجريت عديد من الدراسات في محاولة لتقديم الأساس التجريبي لمضمونها.
ثانياً: الانبساط/ الانطواء كبعد أساسى من أبعاد الشخصية.

هو البعد الثانى من أبعاد الشخصية الأساسية فى نظرية أيزنك للخصوية، وقد حاول من خلاله أن يصنف الفرد على طول ذلك البعد أو المتصل الكمي، متصل الانطواء/الانبساط، ومعنى ذلك أن « بعد الانبساط/ الانطواء يمتد من طرف قصى إلى طرف قصى آخر ماراً بمنطقة وسطى يكون الناس فيها لا هذا ولا ذاك، وتشير المادة التى جمعت من التجارب إلى أن أغلب الناس يقعون فى هذا المنطقة الوسطى وهذا الوضع شديد الشبه بذلك الذى نجده فى مجال اختبارات الذكاء، فنحن نتكلم عن الأذكياء والأغبياء، دون أن يعنى ذلك أن كل فرد هو إما غبى أو ذكى. فنحن نعرف جيداً أن هناك متصلاً كمياً يمتد على طول الطريق من أدنى ضعاف العقول إلى أعلى العباقرة، وإن أغلب الناس يقعون فيما بينهما بمعامل ذكاء يتراوح من ٩٠ - ١١٠ (59-67:67).

مع ذلك لكى نفهم الطبيعة المحددة للبعد، من المفيد أن تكون لدينا فكرة عن صفات التطرفين.

الانبساطي النموذجي:

شخص أتماعى يحب الحفلات، وله أصدقاء عديدون، ويحتاج إلى الناس ليتبادل معهم الحديث، ولا يحب القراءة أو الدراسة بنفسه، وهو تواق إلى الإثارة، ينتهم الفرص، ويميل إلى التصدى للأمر، ويتصرف طبقاً لوجهي اللحظة الراهنة وهو بشكل عام إنسان مندفع مولع بالدعابات العملية، ولدية إجابة على الدوام، ويجب التغيير عموماً، وهو لا مجال ومتفائل، ويجب الضحك والمرح، وهو يفضل على الدوام أن يتحرك وأن يفعل شيئاً ما وهو يميل إلى العدوانية، ويفقد أعصابه بسرعة، وعلى العموم فإن مشاعره ليست تحت سيطرة محكمة، وهو ليس من الأشخاص الذين يمكن الاعتماد عليهم دائماً.

ومن جانب آخر فإن «الانطوائى النموذجي»

شخص هادئ ومن النوع الانعزالي المستبطن، المولع بالكتب أكثر من الناس وهو متحفظ ومترفع إلا مع الأصدقاء المقربين، وهو يميل إلى أن يخطط للمستقبل، وإن ينظر قبل أن يخطو، ولا يثق فى الانطباع الوقتى، وهو لا يحب الإثارة، يأخذ أمور الحياة اليومية بالجدية الواجبة، ويجب طريقة الحياة المنظمة، وهو يتحكم فى مشاعره تحكماً وثيقاً ونادراً ما يتصرف بطريقة عدوانية، ولا يفقد أعصابه بسهولة، ويمكن أن يعتمد عليه وهو متشائم إلى حد ما - ويقيم وزناً كبيراً للمعايير الأخلاقية (60:59-67).

وهكذا نرى أن الاختلافات بين هذه الأنماط من الشخصية واقعية تماماً وتشكل عدداً كبيراً من المجالات المختلفة.

وعلى هذا فالمنطوى أكثر ذاتية، بينما المنبسط أكثر موضوعية، المنطوى يظهر درجة عالية من النشاط الذاتى، بينما المنبسط يظهر درجة عالية من النشاط السلوكى، المنطوى يظهر درجة عالية من ضبط النفس، بينما المنبسط يظهر ميلاً نحو نقص القدرة على ضبط ذاته.

بأخرى ذاتية، وعكسها تكون الانطوائية - أي عندما يكون مضمون الظروف الذاتية أكثر ارتباطاً بالموضوع.

أما (فرايد ١٩٢٤ Freyed) فإنه يعرف الأنطوائى بأنه الفرد الذى يغالى فى أسلوب تفكيره، خاصة ما يتصل منه بصورة مباشرة بالسلوك الاجتماعى حيث يميل إلى الانسحاب من المشاركة الاجتماعية.

وقد استطاع مكدوجل McDougell ١٩٢٦ صياغة مفاهيم الانبساط/ الانطواء بتعبير سيكولوجى بقوله أن (ما يميز الفرد المنطوى ميله للأنشطة الداخلية الفكرية والتمادى فى ذلك النوع من الأنشطة التى تعكس ذاته، أما الفرد الانبساطى فهو مستعد ومتهىء لمواجهة المثيرات البيئية فيعمل بصراحة ويعبر بسهولة بعيداً عن سيطرة الجهاز العصبى والنشاطات العقلية المعقدة أما (تانسلى Tansley ١٩٢٥) فإنه يعتبر الانبساطية من الوظائف البيولوجية البدائية للدماغ. بينما يأخذ (بنجهام Bingham ١٩٢٥) بالتعريف السلوكى فيرى أن الانطوائية تأكيد لميول مبالغ بها تؤدي إلى الانسحاب عن المشاركة الاجتماعية (56- 57: 56)

ولكن كيف يمكن التحقق من مثل هذه النظريات المتعلقة بالأنماط التكوينية؟

الوسيلة الأولى:

تقسيم الأفراد إلى مجموعات سلوكية متطرفة، ويتبع ذلك المقارنة بين هذه المجموعات من الناحية الفيزيائية، وقد ذاع استخدام هذا المنهج مع الحالات الشاذة بقصد التأكد من أن التكوين الفيزيائى يحدث استعداداً لدى الأفراد للاصابة بنوع معين من الاضطراب العقلى، فقد قورنت مثلاً نسبة عدد الأفراد المكتزنين الواهنيين من بين الأفراد الذين تظهر عليهم المظاهر المختلفة من الجنون، وقيمت هذه النسب على ضوء المتوقع لها.

الوسيلة الثانية:

مؤسسة على التحليل الارتباطي للمقاييس التي جمعت من مجموعة عادية غير متقاه، كما حسبت معاملات فيزيقية مختلفة للتكوين الجسمي لهذا الهدف، ثم حسبت معاملات الارتباط بين هذه المعاملات ودرجات الاختبارات أو التقديرات في سمات الشخصية تكون محل الاهتمام. فإذا وجد معامل ارتباط قوى كان دليلاً في الاتفاق بين السمات التي تتضمنها نظريات الأنماط.

الوسيلة الثالثة:

يتم اكتشاف واختيار (أنماط نقية) على أساس المظاهر الجسمية، ثم يلي ذلك بحث المميزات النفسية بحثاً شاملاً في هؤلاء الأفراد المختارين. هؤلاء الأفراد يختارون أصلاً ليمثلوا (عينات صالحة) لكل نمط، ثم تقارن هؤلاء المجموعة المتباينة من حيث استجاباتهم الانفعالية والذهنية (أى من حيث السلوك).

الوسيلة الرابعة:

يتضمن حصر المركبات الأساسية لكل من التكوين الفيزيقي والشخصية وهذه المركبات تكون فئات الصفات التي يوصف الفرد على أساسها، ويلحق بأى نمط فى كل من التكوين الجسمي والمميزات السلوكية، ويمكن تبعاً لذلك إيجاد معامل الارتباط بين حالة الشخص الفيزيقية والنفسية.

وتجدر ملاحظة أن الفروق بين هذه الوسائل الأربع هو فى مواضع الاهتمام أكثر منها فى الاهداف البعيدة، فكلها مهمة أساساً بالعلاقة بين المميزات التكوينية والسلوكية (٢: ٥٧٠ - ٥٧١).

ولعل التطبيق والأساس لمفهوم الأنماط يبدو فى تنظيم المميزات المختلفة

المنبسط يحقق التوافق عن طريق التعويض، بينما المنطوى يحقق التوافق عن طريق التكرس واللجوء إلى عالم الخيال والوهم.

وهكذا يوافق وصف أيزنك للمنطوى والمنبسط الوصف الذى قدمه جيلفورد - زيمرمان لنفس البعد. وقد أنتهت الدراسات العملية فى هذا المجال إلى إستخلاص عوامل شبيهة بذلك العامل الذى انتهى إليه هانز أيزنك، وهو بعد الانبساط الانطواء، ويخص الباحث دراسات كل من موزير وبيرت وجيلفورد.

ومن الدراسات التى قدمت لنا مفاهيمًا تكاد تتفق وهذا البعد عند كل من كارل يونج وأيزنك نظرية بيرت، فقد استخلص عامل الانبساط/ الانطواء من مصفوفة معاملات الارتباط وانتهى فيها إلى أربعة عوامل تسهم فى تشكيل التنظيم الانفعالى، وكان العامل الثانى فيها هو الانبساط/ الانطواء.

وقد تصور بيرت هذا العامل على أنه ثنائى القطب يقسم الأفراد إلى مجموعتين:

الأولى: وتتميز بأنها ذات الميول الاجتماعية النشطة، وهؤلاء يتميزون (بتأكيد الذات، الغضب، الاجتماعية، حب الاستطلاع... إلخ)
والثانية: ويتميز أفرادها بأنهم ذوى الميول المائعة الكابتة، وهذه تعبر عن الشخص المنطوى، وتلك الفئة تتميز بـ (الخوف - خضوع الذات، الخوف من المسؤولية، حبة للدعة والاستكانة... إلخ)

ويذكر جيلفورد أن السمات (س، ت، ر، S.T.R.) يمكن أن نعتبرها بمثابة أنواع ثلاثة من الأنطواء/الانبساط، ويمكن تمييز القطب المقابل للعامل (ر) على أنه التحكم فى النفس وضبطها كذلك أنتهى موزير إلى عامل الانطواء الاجتماعى (S.I) وعامل انطواء الجمهور كما تمثل فى عامل (P)

ويشير د. سويف إلى أن نتائج الدراسات العملية فى الشخصية قد

أكدت وجود تلك العوامل الأساسية فى الشخصية، الانبساط الانطواء،
العصائية/ الاتزان وإن اختلفت المترادفات المختلفة لهذه المحاور.

وعلى ذلك نرى أن أيزنك لا يعود إلى نظرية الانماط كما قال بها
كارل يونج بل هو فى الواقع يحاول التأليف بفضل ما وضعه من اختبارات
موضوعية، وما ابتكره من منهج احصائى جديد هو التحليل المعيارى بين
نظرية الأنماط، ونظريات السمات. فمن جهة يمكن التدرج من أحد طرفى
البعد إلى الطرف المقابل له، ومن جهة أخرى عملاً بمبدأ الاقتصاد فإنه
يقلل بقدر الإمكان من عدد السمات أو العوامل لاصطفاء العوامل النفسية
غير المتداخلة، والتي يمكن تعريفها إجرائياً.

وربما تعد سيكولوجية السمات، أو ما يطلق عليه التصور البعدى
للشخصية هو الذى اخذ به أيزنك فى كل دراساته، وابتعد فيها عن التقسيم
الفئوى، وهى القاعدة التى اتبعها أصلاً جالين ومن بعده كانت وكانا
متفقين بوضوح بأن أي شخص يمكن أن ينتمى فحسب الى نوع أوآخر من
هذه الأنواع وأن التداخل فيها مستحيل، ولذلك نجد إشارة أيزنك الصريحة
أن المرء يمكن أن يضع كل شخص فى موضع محدد على متصلين كميين
أو محوريين وبعبارة أخرى فإن أي شخص يمكن أن يكون فى أي مكان
على متصل الإنطواء/الإنبساط ويمكن أن يكون له وضع محدد على متصل
الاتزان/ عدم الاتزان.

ويمكننا إذا أن نصفه طبقاً لمكانة فى هذا البناء ذى البعدين. ووضح
أن كل المواضع محتملة. بمعنى أنه يمكن شغلها بشخص محدد، والاعلى
أن تتجمع الأغلبية عند الأصل أي أنها لا تكون سوداوية ولا بلغمية
ولاصفراوية ولادمية.

ثالثاً: العلاقة بين الإنطواء/الإنبساط والميل إلى العصاب:

انتهى جانيه (P. Janet) إلى أن الاضطرابات العصائية يمكن أن تقع

فى مجموعتين رئيسيتين أحدهما وقد أطلق عليها السيكاينيا -Psychasthenia والثانية وأطلق عليها الهيستريا Hysteria، فى المجموعة الأولى نجد حالات القلق، والاكتئاب، المخاوف المرضية، العادات الوسواسية القهرية ... وفى الثانية نجد ضروب من اضطرابات الشخصية كفقدان الذاكرة، العمى الهستيرى، السلوك الهستيرى، الاضطرابات العضوية الظاهرة والتي لا تكون لها علة عصبية ملحوظة.

وقد يمثل كارل يونج C.Jung هذه التفرقة التى انتهى إليها جانبيه، واقترح أن المنبسط يميل إلى الاضطرابات الهيستيرية عندما يمرض، بينما المنطوى يميل إلى الإعراض السيكاينية .. وينتهى إلى « الخبرة الطبية قد علمتنا أن هناك مجموعتين كبيرتين من الاضطرابات العصابية الوظيفية الأولى وتضم كل الأشكال لأمراض التى يتم تشخيصها بالهستيريا، والأخرى وتضم كل الاشكال التى تشخصها المدرسة الفرنسية بالسيكاينية ... الهيستريا وتندرج فى طراز الانبساط، والسيكاينيا وتندرج فى إطار الانطواء..» من ثم كانت ملاحظة كارل يونج مفيدة جداً لعلمنا ومثمرة إلى حد كبير.

وإذا فحصنا الدراسة الأصلية لأيزنك (47-56:33) والتى أجريت على سبعمائة جندي عصابي، وجدنا أن الأبعاد الأساسية التى انتهى إليها هي العصابية (N) الانطواء/ الانبساط (I.E) وقد استخرجت هذه العوامل أو الأبعاد من التحليل العامل لتسع وثلاثين فقرة أختيرت من صفحة للبيانات الشخصية تتضمن تقديرات للشخصية إلى جانب معلومات واقعية تتعلق بالمفحوصين عن تاريخ حياتهم. هذا إلى أنه قد تم ترتيبهم بالنسبة لعدد كبير من السمات وفقاً لما يراه السيكاينيين.

ونجد أن العامل الأول يتصف بالتنظيم السئ للشخصية، الاعتماد على الغير، قلة الطاقة، الاهتمامات الضعيفة (الميول الشبيهة بالفصامية

(Schizoid) (والميل الدورية Cyclothymic) القابلية للإصابة بالمرض ويشير أيزنك إلى أن كل تلك الصفات تشير إلى نقص عام في تكامل الشخصية، ونقص التوافق، وإمكان أن يطلق على هذا العامل اسم (العصائية).

أما عن العامل الثانى والذى انتهى إليه أيزنك من خلال التحليل العاملى فقد تتضمن مجموعتين متناقضتين من الأعراض والسمات الشخصية، المجموعة الأولى وتضم الحصر، الاكتئاب، والميل الحوازى، وعدم الاستقرار، (والدورية Cyclothymic) بينما تضمنت المجموعة الثانية، الهستيريا التحويلية، قلة الطاقة والاهتمامات الضعيفة الاتجاهات الهستيرية، الذكاء الضعيف، وتوهم المرض، بالإضافة إلى التاريخ المهنى السيء.

ويشير أيزنك إلى أننا فى هذا البعد أمام تعارض، فهناك الديستاميين ومجموعة السمات والأعراض المكفوفة من ناحية، وهناك الهستيريين ومجموعة اللا اجتماعيين A Social من ناحية أخرى.

وأما عن العامل الثالث فكان « توهم المرض Hypochondriasis ». وكان العامل الرابع عامل ثنائى القطب أحد أقطابه الاستكانة والقطب الآخر هو الصراع النفسى ولم ينتبه أيزنك إلى تسميه محددة له كبعد كامل.

ويشير أيزنك أن الدراسة قد أنتهت إلى تحديد عاملين أساسيين يعتبران مباديء للتصنيف الأول وهو عامل العصائية، والثانى يمثل بعد ثنائى القطب أحد أقطابه الهستيريا والثانى الديستاميا وهذان العاملان كما يرى أيزنك مستقلان تماما عن الآخر.

وبعد عزل هذين المتغيرين استمر أيزنك وزملاؤه فى استكشافها فى عدد كبير من الفحوص التالية حتى يمكن تمييز الأبعاد بدقة أكبر.

وقد أدت تلك الدراسات إلى وصف كامل مركب لصفات الفرد المتطرف على أحد متغيرى العصائية، الانطواء/الانبساط، ويرى أيزنك أن نتائج فى هذا المجال تمثل تأكيداً جوهرياً للأفكار النظرية التى قدمها كارل

يوضح وفي موقع آخر من مؤلفه يشير إلى أن هذا يعتبر اتفاقاً بينه وبين كارل يورج. وفيما يلي يقدم لنا أيزنك وصف تفصيلياً للمنطوى العصائى، والمنبسط العصائى، مبيناً أن المنطوى يميل فى مرضه الى عصاب من النوع الأول. وهو النوع الديستامى وإن المنبسط يميل فى مرضه إلى الإجرام، وهو النوع الثانى من الاضطرابات الهيستريّة.

أ - العصائى المنطوى:

وهو ينتمى إلى مجموعة (الديستيامين Dysthymic) وتبدو عليه أعراض الحصر والقلق والاكتئاب والوساوس، ويكون سريع التهيج، ولا يبالى كثيراً بما يدور حوله، ويكون جهازه العصائى المستقل (سبثماوى وباراسبثماوى) قليل الاستقرار والثبات مما يؤدى إلى تغيرات فجائية فى الحالة المزاجية، وهو خجول عصائى، يستسلم لأحلام اليقظة، يجرح أحساسه بسهولة، قليل المشاركة الاجتماعية ويشكو كثيراً من الأرق، ومن حيث بنيانه الجسمى فإن النمو الرأسى غالباً على النمو الأفقى وهو ضعيف الاستجابة، مجهّد، وذكاؤه العصائى المنطوى أعلى من المتوسط نسبياً، ودرجة مشاركته مرتفعة، ويتميز بالدقة فى عمله وإن كان بطيئاً نسبياً، ومستوى طموحه مرتفع غير أنه يميل إلى الحط من قيمة آدائه، وهو يميل إلى الصلابة، ومن الناحية الجمالية فإنه يؤثر اللوحات الهادئة الكلاسيكية، وعندما يبدع فنياً فإن رسمه يكون متماسكاً قليل الفراغات، وموضوعياً عياناً مجسماً.

ب - العصائى المنبسط:

وهو ينتمى إلى مجموعة الهيستريين فتبدو عليه أعراض الهيستيريا التحولية ويقف من أعراضه عصابة موقف الهيستري، الذى يحاول التهرب من واجباته ومشكلاته، قليل الجلد، محدد الاهتمامات مضطرب فى حياته المهنية يميل إلى الهجاس، ويتهوهم الإصابة بالأمراض الجسمية كثير التعرض

لإصابات العمل، كثير التعطل عن العمل بسبب المرض، كثير الشكوى من شتى الآلام...استجابته للجهد جيدة . ومستوى الذكاء لدى العصائى المنبسط منخفض نسبياً، وثروته اللغوية فقيرة، يميل للسرعة فى العمل، غير أنه يعوزه الدقة، ومستوى طموحه منخفض، غير أنه يميل إلى تضخيم قيمة أداؤه، وهو يميل إلى المرونة وإلى القابلية للتشكل، وعندما يدع فنياً فإن رسمة يميل إلى التشتت وموضوعه آميل إلى التجريد.

وقد بين أيزنك ان العصائى المنطوى (مجموعة العصائى الديستامى) يكون أكثر استبصاراً بحالته من المجموعة الهيستيرية والسيكوباتية (مجموعة العصائى المنبسط).

ويرى أيزنك أن لتلك الطراز علاقة تشابهية على الأقل بالتشريح الفريد النفسى، بمعنى أن (الهو I.D) تبدو مسيطرة لدى المنبسط الهيستيرى فى حين تبدو الأنا الأعلى هى الأقوى لدى المنطوى الديستامى.

ذلك أن أيزنك قد استند إلى الأسس السابقة فى التصنيف الذى قدمه لكل من العصائى المنطوى والعصائى المنبسط، وتبين منها أن الصفات التى تميز الديستامى هى تماماً الصفات الاجتماعية المرغوبة، والتى تكون مرغوبة من الأنا الأعلى، بينما الصفات التى تميز الهيستيرى تتركز فى الحصول على اللذة المباشرة، ولذلك نجد أن كلها صفات ترتبط بالهو I.D).

ومن ناحية أخرى فإن (التصلب Rigidity) عادة يرتبط بسيطرة الأنا الأعلى ويمكن أن نجد التصلب فى استجابات الديستامى للخبرات الناجحة والفاشلة، أيضاً فى نزعه فى إنتاج تفصيلات متلاحمة (فى اختبار المزايكو) بينما نجد أن الهيستيرى يظهر قدرأ أقل من التصلب وتصميته أكثر تناثراً.

ومن ناحية ثالثة فإن ميل الهيستيرى والديستامى إلى النكت الجنسية - الدرجة فيه بينهما واضحة، وبمصطلحات النظرية الفرويدية فإن الهو I.D يمكن أن يتفق وهذا النوع من الفكاهة بدرجة يعارض الأنا الأعلى لدى الديستامى هذا النوع من الفكاهة.

وعلى هذا يتضح أن الديستامى يمثل أكثر الطرز العصابية المكفوفة
 تطبعاً اجتماعياً بينما أن الهيستري يظهر أنه غير مكفوف ولا اجتماعى أكثر
 . Asocial

وإذا كان فرويد قد وحد بين الانطواء وابتداء العصاب، ووصف
 المنطوى على أنه عصابى فى طور مبكر ثم كان رأي يورج فى استقلال
 الانطوائية والعصابية وخطأ الجمع بينهما وإشارته بأن الصلة بين المفهومين
 كل منهما بالآخر ليست واضحة تماماً، ثم جاءت بحوث أيزنك واستطاع
 أن يدلل على أنه لا يوجد ارتباط داخلى بين بعد الانبساط/الانطواء وبعد
 العصابية. وربما يرجع سبب الخلط بين العصابية والانطواء بهذه الصورة أن
 معظم الاستخبارات تستخدم مفهوم فرويد Freud للانطواء بدلا من مفهوم
 يورج لنفس البعد وشتان بين المفهومين.

الطبيعة الثنائية للإجتماعية واخلط بين مفهومى الانطواء والعصابية:

ويضيف أيزنك سببا آخر لذلك الخلط فى بحث له عام ١٩٥٦ بعنوان
 The Questionnaire Measurement of Neuroticism and Extraversion.,
 1956 فقد بين فى هذا البحث أن الإجتماعية Sociability تلعب دوراً هاماً
 فى تصميم الاستخبارات، ففى استخبارات العصابية وجد أن البنود التى تشير
 إلى الخجل الاجتماعى Social shyness غالباً ما تكون درجاتها مؤشراً للتنبؤ
 بالعصابية وبالمثل ففى استخبارات الانبساط/ الانطواء فإن هذه البنود التى
 تشير إلى الخجل الاجتماعى غالباً ما تكون درجاتها مؤشراً للتنبؤ بالانطواء.

ويلاحظ أن استخبارات الانطواء غالباً ما ترتبط بدرجة عالية
 باستخبارات العصابية تماماً كما ترتبط استخبارات الانطواء ببعضها، وكما
 ترتبط استخبارات العصابية أيضاً ببعضها.

وقد تغير هذا الموقف تغيراً عميقاً خلال بحوث جيلفورد، فقد اتضح
 من خلال بحوثه أن هناك عاملاً ثنائى القطب أطلق عليه، (الخجل

الاجتماعى) وهذا العامل يدخل فى عديد من التحليلات العملية المختلفة، ومازالت تجرى عليه كثير من البحوث ويبين أيزنك أن هذا العامل يرتبط ارتباطاً عالياً بكلا العصائية والانطواء.

وقد تبين فى دراسة منفصلة للسلوك الاجتماعى للأفراد الذين حصلوا على درجات مرتفعة فى العصائية والانطواء، إلا أن الخجل الاجتماعى للانطوائى يختلف من نواحى كثيرة عن الخجل الاجتماعى للعصائى أى أن هناك نوعين من الخجل الاجتماعى ولا علاقة بينهما وإذا وضعت تلك الملاحظات فى شكل فرض فسنجد. ان المنطوى قد لا يهتم بالناس فهو ينزع إلى الوحدة، ولكنه يستطيع أن ينجح فى النشاط الاجتماعى بدرجة كاملة، ومناسبة بدون أى قلق أو خوف، بينما الشخص العصائى مختلف تماماً فإنه لديه رغبة وميل للاندماج فى المواقف الاجتماعية، ولكن القلق والخوف يمنعه من أن يقبل ذلك وتعد هذه الاعراض مشاعر سلبية يستطيع الله يتجنبها ويهرب منها بغية أن يندمج فى المواقف الاجتماعية - وبعبارة أخرى أن المنطوى لا يريد أن يكون فى صحبة الآخرين بينما العصائى فهو يريد أن يكون مع الناس الآخرين، ولكنه يخاف من وجوده بينهم ويبدو أن الخلط بين هذين النوعين هو سبب الارتباط بين الانطواء والعصائية فى كثير من الاستخبارات التى لم تستطيع أن تعزل بين هذين العاملين.

رابعاً: الأساس الفيزيولوجى للأنبساط/ الإنطواء:

أجريت دراسات كثيرة عن الوراثة والبيئة وتأثيرهما على الانماط السلوكية كان أهمها الدراسات التى أجريت على التوائم، ويرجع أهمية هذه الدراسات عن الوراثة إلى أنها تشير بقوة إلى ضرورة وجود بعض الجذور البيولوجية خلف السلوك والشخصية.

ومن الواضح أنه لا يمكن تصور أن سمات الشخصية مثل الانبساط والانفعالية يمكن أن تورث دون التسليم بوجود بعض الأسس الفسيولوجية

والبيوكيميائية والعصائية التي تنتجها بالفعل أو تشكلها المورثات الحاملة لاستعدادتنا الوراثة. وبعبارة أخرى فإننا لا نقول بأن السلوك نفسه هو الموروث، ولكن تركيبات أخرى معينة في الجهاز العصبي المركزي أو الجهاز العصبي المستقل هي التي تورث، وهي بدورها عندما تتفاعل مع البيئة تلعب دوراً في تحديد السلوك.

أ - ميكانيزم الكف والاثارة:

اعتمد أيزنك في تفسير بعد الانبساط/الانطواء على نظريته في (الكف والتنبه) وقد سلم أيزنك بأن نمط شخصية الفرد يتحدد بصفة قاطعة بما تقوم به القشرة الخفية من كف أو إثارة، وما تقوم به القشرة الخفية يمتد بين طرفين الكف في مقابل الإثارة.

ويعنى أيزنك بالإثارة من الناحية السلوكية والعصائية تسهيل الاستجابات الإدراكية والحركية واستجابات التعلم والتفكير في الجهاز العصبي المركزي، كما يعنى بالكف عكس هذا أى إخماد استجابات الحركية والتعلم والتفكير المركزية، وعلى هذا فإن الإثارة هي الأساس لكل أنشطتنا في الحياة، وبمعنى آخر أنه بدون الإثارة لا يكون هناك تعلم أولاً يكون هناك سلوك.

وقد انتهى أيزنك إلى حقيقة هامة مؤداها أن أمكانيات الكف غالباً ما تكون أكبر لدى الإنبساطيين وإمكانيات الإثارة أكبر لدى الإنطوائيين. بمعنى أن آثار الكف الاستجابي كما يقرر أيزنك - تتراكم بسرعة أكبر وبصورة أشد عند الانبساطيين مما هي عند الانطوائيين.

ب - التشريط بين الانطوائيين والانبساطيين:

طبقاً لعملية التشريط التي استند عليها أيزنك في تجاربه، فقد تبين أن الاختلافات في التشريط بين الإنبساطيين والإنطوائيين لها أهمية خاصة. وقد كان بافلوف أول من أوضح كيف يمكن لتأثيرات الكف القوية أن

تعرقل مسار التشريط، ولذلك فنحن نتوقع أن الانبساطيين بمالهم من إمكانيات قوية للكف سيكون التشريط لديهم أقل من الانطوائيين وإنهم سوف يتخلصون منه بدرجة أسرع.

وقد أتضح من إحدى التجارب التي إجراها أيزنك على مجموعات من الانطوائيين والانبساطيين من الأسوياء والعصائيين أن التشريط يتم لدى الانطوائيين بقوة تبلغ ضعف القوة التي يتم بها لدى الانبساطيين.

مما سبق يتضح أن نمط شخصية الفرد - منطويا كان أم منبسطا سيتحدد بما تقوم به القشرة المخية من كف أو أثارة، ولذلك فهما أساس فهمنا للانبساط والانطواء.

وقد انتهى أيزنك في دراسة له عام ١٩٥٦ بعنوان The Inheritance of extroversion - Introversion 1956.

وقد حاول فيها أن يثبت وجود بعد الانبساط/الانطواء لدى الأطفال يماثل تماما ذلك الذي يوجد بين (البالغين adults) وأن هذا العامل يمكن قياسه وقد نجح في إثبات هذه الحقيقة.

كما تعرض الباحث لدراسة أثر الوراثة على الانبساط/الانطواء، وكانت عينه البحث تضم ١٣ زوجاً من التوائم الصنوية من الذكور Identical. T. وعدد ١٣ زوجاً من التوائم الصنوية الإخوية Fraternal الإناث وتحليل الارتباطات الداخلية بين الأنماط المختلفة للتوائم، ظهر له أن التوائم الصنوية يشبه كل منها الآخر بدرجة جوهرية في العوامل الثلاثة في الانبساط والانطواء، الذكاء، النشاط، الاتونومي، مما يؤكد أن الوراثة تلعب دوراً هاماً في تحديد تلك الأبعاد الثلاثة من الشخصية بدرجة كبيرة.

وقد تأكدت هذه الحقيقة في دراسة أجريت بجامعة لندن للحصول على درجة الدكتوراه عام ١٩٥٤ بعنوان An experimental study of the inheritance of (Interversion - Extroversion), 1954.

وقد اتضح من نتائج هذه الدراسة أن الارتباطات الداخلية تكون مرتفعة لدى التوائم الناشئة عن بويضة واحدة Monozygotic، من التوائم الأخرى والناشئة عن بويضتين Dyzygotic، وهذا يؤكد أن الانبساط يستند بقوة إلى الاستعداد الوراثي منه إلى العوامل الأخرى، ولذلك كان تأكيداً على أن أسهام الوراثة في عامل الانبساط يكون أقوى من تأثير البيئة بدرجة كبيرة.

خامساً: الأساس الاجتماعي للانبساط/الإنطواء:

حدد أيزنك الشخصية السلوكية بأنها (الشخصية التكوينية × البيئة) وعلاقة × لا تعنى التفاعل بين القوتين - ومعنى ذلك أن السلوك كله هو نتيجة للتفاعل بين الوراثة والبيئة. ومن الخطأ المبالغ في تأثير أحدهما والتقليل من شأن الأخرى.

ولقد افترض أيزنك أن السلوك الاجتماعي هو في الحقيقة نتاج لعملية تشريط وهي عملية كثيراً ما تقف في طريقها العوائق في بعض الحالات بسبب الطبيعة التكوينية لبعض الأفراد التي لا تسمح لعملية التشريط أن تتم لديهم بنفس السهولة التي تم بها لدى غالبية الأفراد، وسيكون من الواضح أيضاً أنه حتى الشخص القابل للتشريط بسهولة لن يكتسب الاستجابات الاجتماعية التي نعتبرها مرغوبة إذا لم يمر في الواقع بعملية التشريط التي اعتبرناها أساسية، فالولد الذي ينتمي لأب لص وأم عاهرة، لا يتلقى قط نوع التشريط اللازم لكي يجعل منه مواطناً مطيعاً للقانون، بل الأرجح أن العكس هو الذي يحدث فإذا كان قابلاً للتشريط بسهولة سيكون من المحتمل أنه سيمر بعملية التشريط والتي ستبرز أشكالاً من السلوك بوصفها مرغوبة في حين أن المجتمع لا يعتبرها كذلك.

نحن في وسط أكثر الجماعات اجراماً يتطلب الأمر أنماطاً معينة من السلوك، حتى يمكن لهذه الجماعات الصغيرة أن تقوم بوظائفها... كما أن الأب اللص والأم العاهرة المفترض في مثالنا سيجدان من اللازم فرض نوع من الطاعة بين أبنائهم على الأقل لتنفيذ أوامره، وسيجد هذان الأبوان أنه

من الضروري أيضاً التأكيد على فضيلة قول الصدق واحترام ملكية الآخرين، وعلى الأقل فيما يتعلق بالعلاقات الداخلية للأسرة.

كما أن الأطفال يتلقون قدراً لا بأس به من التشريط من هم أكبر منهم ومن مدرسيهم، ومن مختلف التأثيرات الخارجية، بحيث لن يخلو الأمر من أشكال التشريط في اتجاه العادات الاجتماعية المرغوبة.

وعلى أي حال يجب أن نلح بشدة على أن ناتج عملية التشريط يرجع إلى عاملين أحدهما هو قابلية الفرد العقلية للتشريط، والآخر هو عدد الازدواجات بين المنبهات الشرطية وغير الشرطية، والأول هو عامل تكويني، والثاني عامل بيئوي يتعاون الاثنان بوضوح في إحداث الناتج النهائي.

وهناك حقيقة أخرى مؤداها أن نمط الشخصية الانطواء/ الانبساط يرتبط باهتمامات الحب والتبذ في حياة الطفل المبكرة، فمثلاً يرتبط الاتجاه المنبسط باهتمامات الحب التي يتلقاها الأبناء عن الآباء خلال مرحلة الطفولة، كما يرتبط الاتجاه المنطوي لدى الفرد بعملية التبذ أو الرفض للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة أيضاً.

يقول Roe إن الطفل إذا ما وجد سلوك الحب الآموي مشبعاً له فإنه يتدفع إلى إن يتفاعل مع الناس ويشاركهم خبراتهم السارة، ذلك بعكس المشاعر والخبرات الناتجة عن عملية التبذ أو الرفض فإنها تؤدي إلى أعراض عصائية كالقلق والرغبة في الانسحاب.

كما ترتبط هذه الاتجاهات أيضاً بمدى الرعاية والحب الذي يلقيه الأبناء من الآباء فتلك تزيد عن رغبات الطفل الانبساطية... بعكس التبذ أو الرفض الأبوي للطفل والذي قد يؤدي به غالباً إلى نماذج انطوائية ذلك أنها تحمل في مضمونها معنى العقاب له.

ويشير د. عبد الرحمن عيسوي في مؤلفه معالم علم النفس ١٩٧٩ :
٢١٣ إلى أنه قد لوحظ أن التوأم الذي يتربى مع أمه يكون أكثر انبساطاً من

زميله الذى حرم منها وكذلك يميل الطفل الوحيد أن يكون منظورياً. وتعتمد هاتان الظاهرتان اعتماداً كبيراً على ما يلقاه من معاملة المحيطين به فالطفل الذى يحرم من إشباع حاجاته الأولية، والذى يجد صدكاً دائماً من قبل الكبار حين يريد التعبير عن نفسه لابد وأن ينزع إلى الانسحاب، وكذلك وجد أن مواقف الإحباط التى يتعرض لها الطفل فى المدرسة تشعره بالألم، ومن ثم يتفادى هذا الأحساس المؤلم بالانسحاب كما حدى الحيل الهروبية من المواقف غير المرغوب فيها، كذلك العكوف على توجيه النقد الهدام للطفل وذمة ويخس قدراته من شأنه أن يقوده إلى الشعور بالنقص وعدم الثقة بنفسه. ومن ثم يلجأ إلى الإنطواء، وكذلك التربية الاتكالية حيث يحرم من الفرص التى يتمرن فيها على تحمل المسؤولية والقيام بأدوار قيادة من شأنها أن تدفعه إلى الانزواء فى المناسبات التى تتطلب مثل هذا السلوك، وكذلك غلق الطريق أمام الطفل للتعبير عن نفسه من شأنه أن يقوده إلى الصمت والاستغراق فى الأحلام، والتسلط على الطفل والسيطرة عليه والافراط فى القسوة والضعف والكبت والحرمان والإهمال والمعايرة والتوبيخ وما إلى ذلك له أثره فى اتجاه الطفل نحو الانطواء أو الانبساط والمدرس وأسلوب التربية أكبر الأثر فى ذلك.

وتتفق تلك النتائج ودراسة كمنجز Cummings فى إنجلترا والتى نشرت عام ١٩٤٤، كما تتفق ونتائج الدراسة التى قدمها جون بولبى إلى منظمة الصحة العالمية عام ١٩٥٤، وكلها تشير إلى الدور الذى يمكن أن تلعبه الأسرة فى مجال رعاية الأطفال وتنشئتهم.

سادساً: القياس الموضوعى لبعد الانبساط/الانطواء.

لتمثيل بعد الانطواء/الانبساط بما يتضمنه قطبه الإيجابى من ميل الشخص إلى الاندفاع نحو التصرف أكثر منه إلى التريث والتفكير، وتوجيه طاقته النفسية واهتمامه نحو الخارج، وبخاصة من خلال تعدد علاقاته

الاجتماعية فى مقابل التريث وتركيز العلاقات الاجتماعية وتفضيل العمق فيها على الاتساع وهى السمات التى تنظم القطب السالب فى هذا البعد - قطب الانطواء.

اختيرت المقاييس الآتية:

أ - مقياس الانبساط (نصف قائمة E. P. I أيزنك)

يتكون مقياس الانبساط من ٢٤ بنداً هى البنود الفردية فى المقياس المستخدم ككل. وقد استخدمت الترجمة العربية المصورة (أ) من (E. P. I) وفى التطبيق يطلب من الفرد أن يستجيب لتلك البنود بأنها تنطبق عليه أم لا تنطبق والدرجة العالية على هذا المقياس تدل على انبساط واضح.

وثبات هذا المقياس بالتصنيف وتصحيح الطول قدرة (٠,٦٩) وقد حدد أيزنك أن الارتباط بين مقياس الانبساط من (M.P.I) ومقياس R من بطارية جيلفورد = ٠,٧٩ (ن = ٤٠٠) ومن تجارب أيزنك لاثبات صدق هذا الاختبار أن طبق المقياس على مجموعة من ١٠ هيسستيرين وديستامين، فكانت درجاتهم على المقياس ٢٨، ١٨ على التوالى، ومعنى ذلك أنه يمكن النظر إلى هذا المقياس على أن له القدرة على التفرقة بين المنبسط والمنطوى والتمييز بين الهيسستيرين والدستياميين.

ومعامل الارتباط بين مقياسى العصائية والانبساط معامل سالب بسيط لا يتعدى ١/٢٪ من التباين الكلى.

ب - مقياس الانطواء الاجتماعى مشتق من (M.M.P.I)

المقياس مأخوذ من بطارية المنيسوتا والمعروف باسم S. R. Hathaway و S. J. C. Mackinly ويقيس هذا الاختبار ميل الفرد إلى الابتعاد عن الناس، والميل عن أيجاد صلات اجتماعية، وعدم الاشتراك فى أوجه النشاط المختلفة التى تشترك فيها مجموعة من الناس ويتكون هذا الاختبار من سبعين سؤالاً،

يطلب من الفرد أن يستجيب لها بأنها تنطبق عليه أم لا تنطبق، والدرجة العالية على هذا الاختبار تدل على الميل الواضح نحو الانطواء.

ومعامل ثبات هذا الاختبار بطريقة التصنيف باستخدام معادلة رولون كانت ($n = 20$ ، 0.976)

وقد قام الباحث بعزل (مقياس الانطواء الاجتماعي) (S.I) بواسطة أرقام عباراته وعزلها من الترجمة العربية للمقاييس وصنفها بطريقة عشوائية.

جـ - مقياس الانطلاق والتخفف من الأعباء Rhathymia لجيلفورد:

وقد تبين في أكثر من دراسة علمية تشيع هذا المقياس على عامل الانبساط وقد تبين أن معامل ثباته بطريقة التصنيف باستخدام معادلة سبيرمان برون وكانت ($n = 50$) 0.63 ، والمقياس يتكون من ٦٨ سؤالاً، وقد أعد تعريبه كل من أ. د مصطفى سويف، د. فرغلي فراج.

الثالث - بعد الذهان / السواء

تمهيد

الذهانية psychosisism بمثابة تصور بعدى فى تناول السلوك الذهانى وسماته، يستند إلى نظرية فى الشخصية واضطراباتهما، وهى استعداد الفرد للإصابة بالذهان أو احتمال تعرضه للانهيال الذهانى تحت وطأة الضغوط البيئية التى تفوق تكوينه النفسى. وبعد الذهانى ليس هو الذهان «المرض العقلى» بأعراضه المختلفة، ولذلك فنحن فى ضوء هذا البعد إنما نعمل على تحديد السمات التى تمهد للإصابة بالذهان وتهيئ له (Claridge, 1981 : 79 - 109) :

والمفروض فى هذا البعد أنه يضم مجموعة من الوظائف النفسية التى تنظم عملية التوافق مع مدركات العالم الخارجى بوجه خاص، ويؤدى اختلالها إلى ظهور أعراض الذهان على الشخص. (٢٢ : ١٩٧، ١٩٧٨)، ويتفق معظم الباحثين على أن المقصود بالذهان فى هذا المصطلح (هو الذهان الوظيفى)، ومن المسلم به أن الأمراض العقلية إما عضوية وهى ما كان لها أساس عضوى معروف كتلف النسيج العصبى للمخ من الزهري أو المخدرات أو تصلب الشرايين وذهان الشيخوخة، وذهان المخدرات، والشلل الجنوبى العام، أما الأمراض العقلية الوظيفية فهى التى تكون العوامل النفسية جوهرية غالباً فى إحداثها كالفصام - والاضطراب الدورى، أو هى الأمراض التى لا يستقيم تفسيرها بعوامل بيولوجية وتشريحية، كما يستقيم تفسيرها بعوامل نفسية واجتماعية (٢٠ : ٤٢٠)

ولقد ظهرت الحاجة إلى افتراض هذا البعد الثالث من أبعاد الشخصية فى إشارة أيزنك المبكرة، وذلك فى مؤلفه «الدراسة العلمية للشخصية» والصادر عام ١٩٥٢ وبرغم التركيز على بعدى الانبساط. والعصابية فى عام ١٩٦٠، فقد كانت تلك الإشارة بشكل ضمنى، وذلك فى نظيره

للشخصية. وقد قدم أدلة تجريبية على تلك الفكرة في الطبعة الأولى من مؤلفه «المرجع في علم نفس الشواذ» والصادر عام ١٩٦٠ وكذلك في إشارات مختصرة مره أخرى في مؤلفه «الأسس البيولوجية للشخصية» والصادر عام ١٩٦٧.

ولقد اكتسب هذا العامل مكانة خاصة نسبياً في نظرية أيزنك للشخصية بالنظر إلى بقية الأبعاد. وقد أدى هذا إلى صياغته لاستخبار يتضمن مقياساً فرعياً للذهانية يقيسها كسمة في الشخصية ترتفع درجاتها لدى الذهاني. ويلاحظ أن الدراسات العربية نادرة على بعد الذهانية، ومن تجدر الإشارة إلى بيان موجز عنه.

نبذة عن بُعد الذهانية:

كثرت الأبحاث على بعد الذهانية بعد «استخبار أيزنك للشخصية» (E.P.Q) "Eysenck Personality Questionnaire" وهو المقياس الذي يعمل على تحديد السمات التي تهيم للفرد للإصابة بالذهان (Eysenck & Eysenck, 1975).

ويصف أيزنك الفرد الحاصل على درجة مرتفعة على بعد الذهانية بالصفات الآتية: منزو، لا يهتم بالآخرين، غالباً ما يكون مزعجاً، غير مناسب في أى مكان، كما يمكن أن يتسم بالقسوة وعدم الإنسانية، تنقصه المشاعر، والتعاطف الوجداني ومشاركة الآخرين مشاعرهم، وجميعها صفات تشير إلى تبلد الشعور أو نقص الإحساس، وذو الدرجة المرتفعة من الذهانية كذلك عدائى نحو الآخرين وحتى نحو أصدقائه وعشيرته، هذا فضلاً عن كونه عدوانياً حتى نحو من يحبهم، وهو يميل إلى الأشياء الشاذة الغريبة، يحب غير المألوف، لا يكثر بالخطر، يحب أن يخدع الآخرين وأن يستغلهم، كما يحب مضايقتهم وإزعاجهم، وهذا وصف للراشد الذى يحصل على درجة مرتفعة على بعد الذهانية. وفيما يختص بالأطفال فقد توافرت صورة

متسقة مع ما ذكرناه: صورة طفل غريب الأطوار، منزو، مزعج، يتسم بالبرود، يفتقد المشاعر الإنسانية نحو رفاقه ونحو الحيوانات، عدواني، وعدائي حتى نحو المقربين إليه والمحبين له، ويحاول مثل هؤلاء الأطفال تعويض نقص المشاعر لديهم بالانغماس في البحث عن الإثارة والنشوة النابعة عن تحريك الحواس دون تفكير في المخاطر التي تحيق بهم (Eysenck & Eysenck, 1975: 5-6).

ويتسم ذوو الدرجة العليا على بعد الذهانية كذلك بما يلي : أنهم أقل طلاقة، آداؤهم منخفض على اختبار الجمع المستمر، وكذلك في اختبار الرسم بالمرآة، ويسدون «تذبذباً» أبصاً في اختبار عكس المنظر، وهم أبطأ كذلك في اختبار التتبع بالقلم، أقل تحديداً بالنسبة للاتجاهات الاجتماعية، ويسدون تركيزاً أقل وذاكرة أضعف، ويميلون إلى القيام بحركات أكبر ويزعون إلى تقدير المسافات والدرجات تقديرًا مبالغاً فيه، ويميلون إلى القراءة ببطء أكثر وإلى النظر ببطء أكثر أيضاً، يسدون مستويات من الطموح أقل بكثير من الواقع (Eysenck, 1952: 217).

ويخلص أيزنك إلى أن تلك الاختلافات بين الذهانيين والأسوياء لا يمكن أن تعزى ببساطة إلى ميل الذهانيين للأداء بشكل أضعف من الأسوياء في كل المجالات، حيث أن هناك عدداً من الاختبارات لا يفرق الأداء فيها بين مجموعة الأسوياء والذهانيين.

القياس الموضوعي لبعدها الذهانية / السواء:

ينتظم بعد «الذهانية» Psychoticism ظواهر السلوك من حيث مدى مطابقتها لمقتضيات العلم الواقع المحيط بالذات ... على محور واحد بحيث يكون أقرب إلى قطب الاختلال أو إلى قطب السواء، وبناءً على هذا فقد صمم مقياس الذهانية وهو مقياس مشتق من «استخبار أيزنك للشخصية» والذي يعرف بـ (E.P.Q) عام ١٩٧٥. ويشير مصطلح الذهانية «كما يقاس

بالمقياس الفرعى المسمى بهذا الاسم إلى سمة كامنة فى الشخصية توجد بدرجات متفاوتة لدى الأشخاص، وإذا ما وجدت بدرجة عالية فأنها تشير إلى أن لدى الفرد قابلية أو استعداداً لتطوير شذوذ نفس، ومع ذلك فإن وجود مثل هذا الاستعداد أو التهيؤ يعد بعيداً تماماً عن الذهان الفعلى، وأن نسبة ضئيلة فقط ممكن لديهم درجات ذهانية مرتفعة يعدون قابلين لتطوير الذهان خلال مجرى حياتهم.

ويتكون مقياس الذهانية من ٢٥ بنداً، ويلاحظ أن معاملات ثباته - وصدقه مرتفعة. وقد أجرى عليه بالإضافة إلى بقية المقاييس المشمولة فى الاستخبار رصيد كبير من الدراسات الأجنبية والعربية التى تدل على كفاءته.

الفصل الثانى

الشخصية بين اضطرابى العصاب والذهان نظرية سلوكية

- تمهيد.
- العصاب كسلوك متعلم.
- حقائق وأدلة تجريبية موزدة.

الفصل الثانى

الشخصية بين اضطرابى العصاب والذهان

نظرية سلوكية

تمهيد:

يعتمد هانز أيزنك H. J. Eysenck فى تفسيره لبعد الانبساط / الانطواء من الناحيتين السلوكية والبيولوجية على نظرية بافلوف I. Pavlov فى الكف والتنبه (الإثارة)، ولذلك فقد سلم جدلاً بأن نمط شخصية الفرد يتحدد بصفة قاطعة بما تقوم به القشرة المخية... وما تقوم به القشرة المخية يمتد بين طرفين : الكف فى مقابل الإثارة.

وعودة إلى نظرية بافلوف نجد أنها تؤكد وظيفة القشرة المخية، وعمليات الكف والاستثارة التى تقوم بها، وقد أمدنا بافلوف بفيض من الأدلة على أن عمليتى الكف والاستثارة عمليتان إيجابيتان من عمليات القشرة المخية.

وقد لاحظ بافلوف فى تجاربه على الكلاب فروقاً فردية بينهما، فبعض الكلاب التى أطلق عليها (النمط المستثار) تكونت لديها أفعال منعكسة شرطية ثابتة بسهولة، وعندما تكونت هذه الاستجابة لم تخمد بسهولة، كما لوحظ أن البعض الآخر من الكلاب والذى أطلق عليه (النمط المكفوف) تتكون لديه الاستجابات الشرطية ببطء، وإذا تكونت يمكن أن تخمد بسهولة.

علق بافلوف على ذلك بقوله «توحى الملاحظ العرضية بأن هذين النمطين الناتجين عن نشاط القشرة المخية فى الحيوان يقابلان الشكلين المعروفين من العصاب فى الإنسان وهما «النيوراستيا - الهستيريا»، إذ تتميز النيوراستيا بحدة الإثارة وضعف عمليات الكف، بينما تتميز الهستيريا بسيادة الكف وضعف عمليات الاستثارة ومعنى ذلك أنه من الممكن أن نتبأ بأن العصائيين الذين يعانون من عصاب الهستيريا تتكون لديهم

الاستجابات الشرطية بسرعة ولا تتخذ بسهولة، بينما تتكون مثل هذه الاستجابات لدى الذين يعانون من عصاب الهستيريا ببطء وتتخذ بسرعة.

ويلاحظ أن بافلوف لا يحدد هذين النمطين كنمطين منفصلين عن بعضهما، ولكن يعتبرها نقيضين على متصل مستمر يقع على أحد طرفيه النمط المستثار (النوراستثيا)، وعلى الطرف الآخر النمط الكفى (الهستيريا) وبينهما توجد درجات متفاوتة (١٢ : ١٩٢-١٩٣).

العصاب كسلوك متعلم:

في ضوء التصورات السابقة يمكننا أن نقرر «أن الأعراض العصابية إنما هي تشريطات انفعالية وحركية، بل نمضى إلى أبعد من ذلك فنقول إن هذه الأعراض لا تكمن وراءها ولا تمثل مصدراً لقوتها أية مركبات تكونت في سن الطفولة. فالعرض في حد ذاته هو المرض واختفاء العرض يعنى اختفاء المرض. وفوق ذلك فإن اختفاء العرض يمكن أن يتم عن طريق الوسيلة التقليدية للانطفاء، وهى بالدقة نفس الطريقة التى يزال بها التشريط يومياً فى المعمل السيكلوجى سواء كان تشريطاً عند الإنسان أم عند الحيوان (١٢) : (١٦١) هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فإن «احتمالات ظهور هذه الاستجابة فى حياة أناس معينين مؤهلين بحكم تكوينهم لتكوين تشريط من هذا النوع، أى عند الذين يسهل تكوين الاستجابات الشرطية لديهم، وتكون استجابات جهازهم العصبى المستقل قوية، وقابلة للتغير بشكل خاص» (12:167).

ويتساءل أيزنك عما إذا كان هناك حقائق وأدلة تجريبية تؤيد هذه النظرية فيشير إلى بحثين هما:

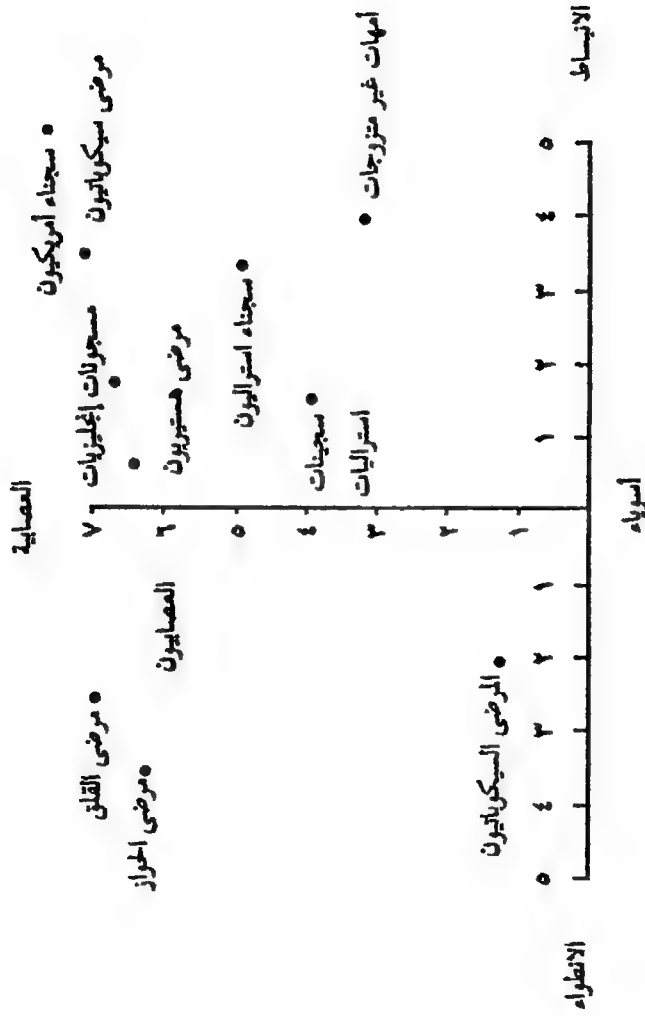
البحث الأول:

طبق أيزنك اثنين وعشرين مقياساً على مجموعات من الأسوياء، وستة مجموعات من العصائيين ذوى تشخيصات مختلفة، وقد تم تحليل نتائج

الدراسة عاملياً، وباستقراء هذه النتائج يتبين أن هناك عاملين رئيسيين : الانبساط/الانطواء، العصائية/السواء، وكما يرى من الشكل أن المجموعات تتغير في مواضعها على هذه الأبعاد، بمعنى أن الحالات التي تعاني من اضطرابات القلق (الحصر)، والاضطرابات القهرية، والخاوف المرضية... إلخ، هي حالات يمكن أن يصطلح على تسميتها بالديستاميين^(١). وقد اتضح أن هؤلاء لهم درجات عاملية مرتفعة على العصائية، والانطواء، بينما يعميل المجرمون والسيكوباتيون إلى زيادة العصائية والانبساطية، وقد وقع الهستيريون بين تلك المجموعتين، ولم يكن هناك اختلاف جوهري بينهم والأسوياء، بالنظر إلى سمات الانطواء/الانبساط، إلا أنهم يظهرون أن لهم درجات عالية في العصائية، (43-41 : 66).

معنى ذلك أن الجماعات العصائية تميل بشدة إلى الانطواء، والجماعات الإجرامية تميل بشدة إلى الانبساط، وكلا النوعين من الشخصيات تميل إلى أن يكون لديها مكون انفعالي قوى هو (العصائية)، ويقدم لنا أيزنك تفسيراً لما انتهى إليه فيقول «ليس من الصعب أن نجد سبباً نظرياً للاختلاف بين طريقة الفئتين المتطرفتين، المجرمون من ناحية، والعصابيين من ناحية أخرى... أن السمات النموذجية للعصابي كالقلق

(١) يستخدم أيزنك مصطلح «الديستاميا Dysthymia» لكي يصف به زملة أعراض القلق، الاكتئاب الاستجابي، الميل الحوازية... إلخ. تلك الأعراض التي وجدت أثناء التحليلات (٢٧: ٦)، ومعنى ذلك أن أيزنك يعالج من خلال هذا المفهوم تلك الاضطرابات التي تصيب المرضى النفسيين الذين يغلب عليهم الانطواء والقلق، ويذكر أيزنك أن الديستاميا هو العصابي الذي يتصف بالانطوائية، وفي موضع آخر يشير إلى أن الأعراض السابقة يصحبها إرهاق وإجهاد شديداً، ويقال أحياناً أنها ترجع إلى (استنفاد الطاقة العصبية والانفعالية) بسبب قلق المريض ومخاوفه واكتشابه، ومن بين ما يصاحب هذه الأعراض بكثرة الاهتمام الزائد بالأمور الدينية والأخلاقية، ومحاسبة النفس وتأمل الذات دائماً، والشعور بالذنب، والإحساس بعدم الأهلية، ويطلق أيزنك على هذه المجموعة من الأعراض العصائية «عصاب من النوع الأول» (67, 99 - : 66: 66).



شكل رقم (١)

يوضح نتائج استخبارات المصايب - والانطواء/الانطواء على مجموعات مختلفة من المصايبين والمجرمين، ويتضح منه أن مرضى القلق والحواز يميلون إلى زيادة المصايب والانطوائية، بينما يعمل المجرمون والسيكوباتيون إلى زيادة المصايب والانطوائية (66:42)

والمخاوف المرضية والحواز القهري وغيرها، إنما ترجع جزئياً إلى استعداداته الزائد لتكوين استجابات شرطية بقوة ورسوخ... وبما أنه يوجد أساس نظري للاعتقاد بأن الضمير هو في الحقيقة استجابة شرطية، ويدور أنه يستتبع ذلك منطقياً أن غياب الضمير لدى المجرمين والسيكوباتيين قد يرجع إلى فقرهم الشديد في تكوين الاستجابات الشرطية، هذا إذا كانوا يستطيعون تكوينها على الإطلاق، وحتى عندما تكون هذه الاستجابات بأنها تنطفئ بسرعة كما يجب أن نتذكر أننا وجدنا أن التشريط مرتبط بالانبساطية - الانطوائية بمعنى أن الانطوائيين يجيدون تكوين الاستجابات الشرطية، بينما يفتقر الانبساطيون لذلك. ويمكننا إذن أن نعبر أنه مثلما تميل شخصيات العصائيين من النوع الديستامى إلى الانطواء تميل شخصيات المجرمين والسيكوباتيين إلى الانبساط (267 : 67).

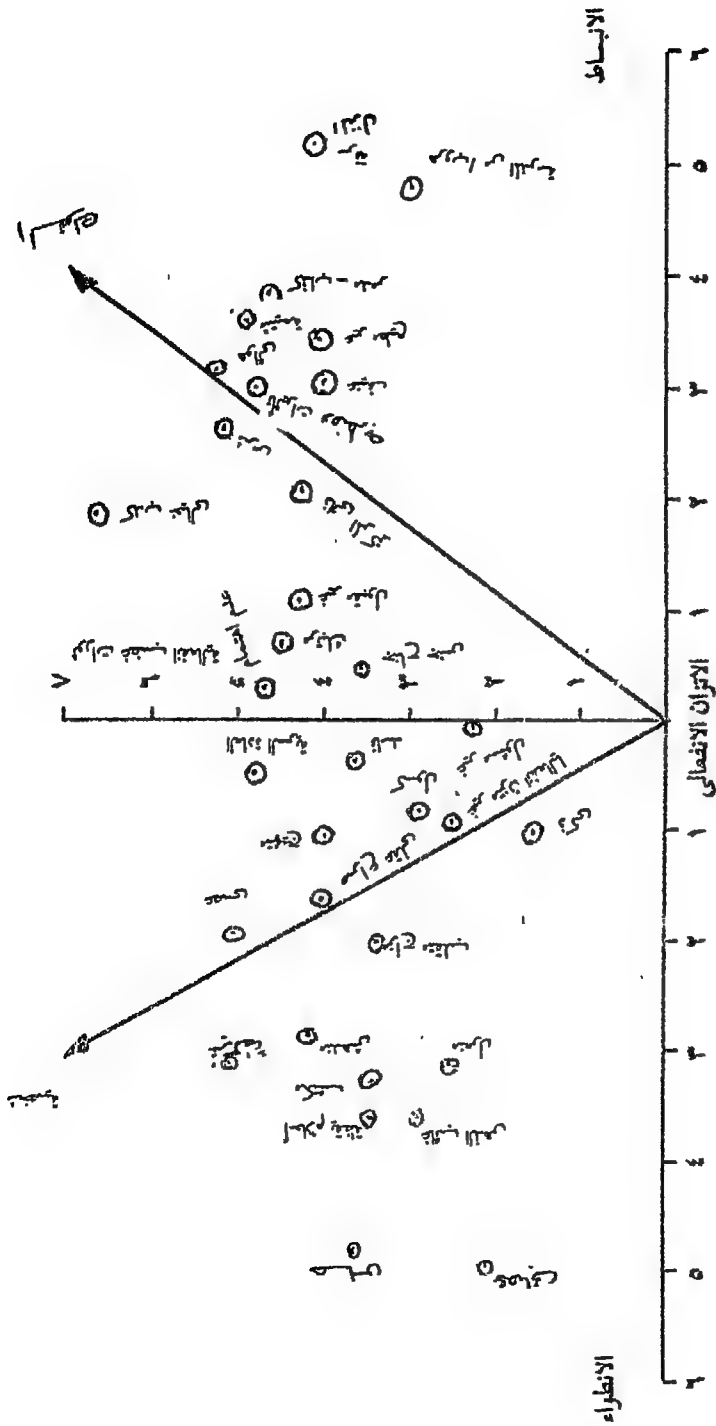
ولذلك نجد أن هناك صلة بين النشاط العصائى والنشاط الإجرامى من ناحية فى مقابل السلوك الطبيعى المتكامل من ناحية أخرى (266 : 67).

البحث الثانى:

وقد قام به هـ. هيملويت H.Himmelweit، وقد استخدم التحليل العاملى لأنماط السلوك الظاهرة لدى مجموعة كبيرة من الأطفال المضطربين فى إحدى عيادات توجيه الطفولة. وتبين نتائج البحث أن مشاكل أولئك الأطفال سواء أكانت متعلقة بالشخصية أو متعلقة بالسلوك فإنها يمكن أن تمثل مواضع متباينة نسبياً على بعدى العصائية والانطواء.

وإذا نظرنا إلى الرسم التوضيحى لنتائج الدراسة نجد أنه قد رتب بعناية بحيث أن الصفات التى توجد عادة معاً فى نفس الطفل موجودة بجوار بعضها فى الرسم، بينما الصفات التى نادراً ما توجد معاً فى نفس الطفل موجودة بعيدة عن بعضها فى الرسم.

وهكذا نجد الطفل (غائب الذهن) غالباً ما يكون (حساساً) (وغير



كفاء) ومليفاً (بمشاعر الدونية). وكذلك فإن الطفل (غير المطيع) يكون غالباً (مدمراً) و(شرساً) و(متمركزاً حول ذاته)، والطفل الذى (يسرق) أو يتغيب بدون إذن نادراً ما تنتابه (أحلام اليقظة) ونادراً ما يكون (منعزلاً) كذلك.

والأطفال من النوع الأول أى أصحاب المشكلات المتعلقة بالشخصية يبدو أن لهم شخصيات انطوائية فى الجوهر، بينما أولئك الذين يعانون من مشاكل متعلقة بالسلوك يبدو أن لهم شخصيات انبساطية فى الجوهر، والأطفال الذين يظهرون أياً من مجموعات الأعراض والسمات المتعلقة بالشخصية يمكن أن يسموا بالعصابيين على هذا المستوى الوصفى المرضى. ويشير أيزنك بأن هذه التفرقة تعتبر مهمة وأساسية، وربما تعتبر أكثر فائدة فى التطبيق من طرق التشخيص السيكاثيرية المفضلة والتي تكون غير ثابتة فى كثير من الأحيان. (102-103 : 67, 21-23 : 62).

بهذه الأدلة التجريبية يمكننا تأكيد ما سبق أن قررناه منذ البداية «... أن معظم الاضطرابات العصابية وبالذات الحصر Anxieties، الخوف Fears، المخاوف المرضية Phobias، العادات الحواذية القهرية Obsessional & Compulsive H. والتي تتميز العديد من مرضانا لا تعدو فى الحقيقة كونها ردود أفعال شرطية انفعالية يتم اكتسابها خلال عملية تشريط بافلوفية عادية، ولما كانت أحداث الحياة اليومية الصادمة والمسببة للألم والمسئولة عن المنبهات غير الشرطية، تتوزع بالتساوى تقريباً على الجميع فإننا لذلك نتوقع أن الذين يتم التشريط لديهم بدرجة أسهل. أى الانطوائيين سيكونون هم الأكثر عرضة لمعاناة هذه الأمراض العصابية المختلفة. وهناك دلائل كثيرة الآن تبين أن هذه هي الحقيقة بالفعل.

أى تبين أن الانطوائية والتشريط والاضطرابات المتعلقة بالحصر والمخاوف المرضية والحواز تتواجد معاً فى نفس الأشخاص، وبالمثل فسيوضح أن التشريط

البافلوفى مشغول أيضاً عما يسمى أحياناً بعملية التنشئة الاجتماعية... فإذا ما كان التشريط هو المسئول أساساً عن اكتسابنا لهذه القيم الاجتماعية فلا بد أن نتوقع أن أولئك الذين فشلوا فى اكتسابها أى الجانحين والمجرمين والسيكوباتيين... والأنماط المشابهة من الناس سيكونون من الانبساطيين بشكل عام وسنجد أنه يصعب عليهم التشريط. (232 - 231, 125-124 : 53) (58-86 : 367, 67)

لقد بنى أيزنك الاتجاه السلوكى الشرطى فى معالجة الأعصاب، ودائماً ما يؤكد على أن الأشراف أو التعلم الإشرافى يمكن أن يلعب دوراً مهماً فى نمو الاستجابات العصبية، ذلك على اعتبار أن تلك الاستجابات ليست موروثية ولكنها تنمو لدى الفرد فى محاولته التعامل مع مواقف الحياة المختلفة... والحقيقة أن مبادئ التشريط قد أثبتت كفاءتها فى تفسير كثير من وجوه السلوك سواء أكان لدى الحيوان أو الإنسان، ويعقب أيزنك على ذلك بأننا نتعامل جميعاً مع الأعصاب كأنها سلوك سىء التوافق مشروط.

والواقع أن هذا الاتجاه له ما يؤيده فى التراث السيكلوجى فنجد أن (جانيه P. Janet ١٨٩٤-١٩٠٣) الطبيب النفسى السويسرى ينتهى إلى نتيجة مماثلة ومضمونها أن الاضطرابات العصبية يمكن أن تقع أساساً فى مجموعتين رئيسيتين : المجموعة الأولى وقد اصطلح على تسميتها بالسيكاثينيا Psychasthenia ، والأخرى قد اصطلح على تسميتها بالهستيريا Hysteria ، أما أنه انتهى إلى نتائج فى مجال العصاب. أحد قطبيها: السيكاثينيا والأخر هو الهستيريا.

وفى مجموعة السيكاثينيا نجد حالات التلق، الاكتئاب، المخاوف المرضية، العادات الوسواسية القهرية، وفى مجموعة الهستيريا نجد ضرباً مختلفاً من اضطرابات الشخصية التى تغشاها الاضطرابات الهستيرية بوجه عام (39-66, 11-13 : 56) كما يرى أن يوج (C.G.Jung ١٩٠٩ - ١٩٢٣) يقبل تقسيم مزاييه السابق لآرائه العصبية التى قسمها إلى

قسمين: السيكاثنيا ، والهستيريا ، وجعلهما مرادفين لأنماط الشخصية : الانطواء والانبساط على التوالي بمعنى أن المنبسط طبقاً لنظريته يميل إلى الأعراض الهستيرية عندما يمرض ، بينما المتطرف يميل إلى الأعراض السيكاثنية، وهذه الملاحظة كانت مفيدة جداً لعلمنا ومثمرة إلى حد كبير. (39 : 61, 11 : 53).

ويؤكد هذه الحقيقة بقوله (لقد علمتنا الخبرة الطبية أن هناك مجموعتين كبيرتين من الاضطرابات العصبية الوظيفية، الأولى، وتضم كل أشكال الأعراض التي يتم تشخيصها بالهستيريا والأخرى تضم كل الأشكال التي شخصتها المدرسة الفرنسية بالسيكاثنيا.. الهستيريا وتدرج في إطار النمط الانبساطي، والسيكاثنيا وتدرج في إطار النمط الانطوائي (51 : 56) وهناك نقاط ثلاث ذات أهمية بينها يوجع من خلال نظريته.

أولاً : على الرغم من أن هناك أفراد يتعرف المرء فيهم على النمط منذ أول وهلة، إلا أن هذا ليس هو الحال دائماً، وكقاعدة تسمح بالملاحظة الدقيقة ووزن الشواهد بتصنيف مؤكد، ومهما كانت النظرية الرئيسية للاتجاهات المضادة واضحة وسهلة، إلا أن هذه الحقيقة الملموسة هي استثناء للقاعدة، ولذلك لا يستطيع المرء أبداً أن يصنف نمطاً معيناً مهما كان كاملاً كونه ينطبق فقط على شخص واحد بالرغم من أن الحقيقة أن الألوف يتسمون به.

ثانياً : بمتابعة الإحياءات الضمنية (في نظرية يوجع) أن الانبساط / الانطواء متصل كمي Continuum فإن يوجع يعرف قطبي التوزيع لهذا البعد: الانبساط / الانطواء بالمجموعتين الرئيسيتين للاضطرابات العصبية، أي الانبساطي ذو الهستيريا التحويلية، والانطوائي ذو السيكاثنيا ويقول «الهستيريا في رأيي هي العصبية الأكثر اعتياداً في حالة النمط الانبساطي» بينما يعرف السيكاثنيا بالاضطراب العصبي النمطي للانطوائي (421 : 85).

وتتسم هذه العصائية من ناحية بحساسية ملحوظة، ومن ناحية أخرى بوهن كبير وتعب مستمر، وقد اقترح أيزنك؛ مصطلح (الديستاميا Dysthymic حتى تغطي هذه الزملة من الاضطرابات المؤثرة، وفي مصطلحات الطب النفسى الحديث يغطي مصطلح الديستاميا زملة أعراض كحالات القلق والاكتئاب الاستجابى والخاف المرضية والاضطرابات الحوازية القهرية.

ثالثاً : يؤكد يوج على استقلال الانطوائية والعصائية بقوله «إنه من الخطأ الاعتقاد أن الانطوائية هى العصائية بصورة أو بأخرى، وكما فهم لا تمت الاثنان إلى بعضهما بأدنى صلة على الإطلاق».

ولقد قبلت صياغة يوج بشكل كبير، وأجريت أعداد كبيرة من الدراسات والبحوث كمحاولة لتقديم أساس تجريبي للنظرية، ولكن كما يوضح (Collier R. & Emch M. , 1938) أنه كان هناك خلط واضح فيما يتعلق بتعريف تلك السمات : الانطوائية والعصائية.

ويرى المؤلفان أن معظم مصممي الاختبارات فى هذه الآونة كانوا يستخدمون مفهوم فرويد Freud للانطواء بدلا من أن يستخدموا مفهوم يوج لهذا النمط، وشتان بين مفهومى فرويد ويوج للانطواء (٣) فمن المعروف أن فرويد قد وحد بين الانطواء وابتداء العصاب وأشار تبعاً لذلك بأن المنطوى عصائى فى طور مبكر (41 : 56)

يقول فرويد «أما نحن فنعنى بـ «الانطواء» انصراف اللبيدو عن الامكانيات التى تتيح لها الإشباع الواقعى وتراكمها الشديد على أخيلة كانت مباحة من قبل لأنها غير ضارة، فالشخص المنطوى شخص لم يصبه العصاب بعد، ولكن حالته غير مستقرة، فإن لم يجد مخارج أخرى لطاقة اللبيدو المكبوتة ظهرت لديه أعراض المرض عند أول اختلال يصيب القوى غير المستقرة التى تؤثر فى حالته. أما الطابع غير الواقعى للإشباع العصائى،

وزوال الفارق بين الخيال والواقع، فيوجدان لديه ابتداءً من مرحلة الانطواء^(١) (٢٩ : ٤١٤-٤١٦)

كما يشير المؤلفان (Collier & Emch) إلى أن الكثير من الاتجاهات الأساسية في نظرية يونج قد أغفلت واستبقيت فقط مصطلحات : الانبساط/ الانطواء، وأعيد تعريفهما طبقاً لاتجاهات المؤلفين النظرية، كما يشير ان كذلك إلى أن هناك ثلاثة ضروب رئيسية للتعريفات يبدو أن لها بعض الارتباط بتقسيم يونج الأصلي.

هناك أولاً : محاولة للتبسيط.

ثانياً : مطابقة الانطوائية بالاتجاه العصابي، ومساواة الانبساطية في المقابل بالسواء .

ثالثاً : ربط الانطوائية بالفصام، وربط الانبساطية بالهوس الدوري.

وليس هناك ما يدعو للدهشة إزاء عدم اكتمال الشواهد التجريبية، فالاختبارات القائمة على الضرب الأول من التعريفات ليست كافية تماماً لتفسير تلك المجموعة الكبيرة من الظواهر التي ذكرها يونج، ويقوم التعريف الثاني على تكييف فرويد لمصطلح الانطوائية، فبالنسبة لفرويد تعد الانطوائية من الاعتبارات الثابتة الضرورية في كل حالات العصاب النفسي وكما

(١) وردت تلك الفقرة في المحاضرة الثالثة والعشرون من سلسلة (محاضرات تمهيدية في التحليل النفسي) وهي المحاضرات التي ألقاها فرويد على الأطباء، وطلاب الطب بجامعة فيينا في موسمي الشتاء من عامي (١٩١٥-١٩١٧). ويؤكد فرويد نظريته السابقة تلك التي يوحد فيها بين الانطواء وابتداء العصاب بمثال واقعي فيشير «... أن هناك طريقاً يعود بالمرء من مملكة الخيال إلى دنيا الواقع وهذا هو الفن. فالفنان هو الآخر شخص ذو استعداد منطوي، وليس بينه وبين العصاب شقة بعيدة، وهو شخص تخفزه نزعات عنيفة صاخبة، فهو يصبو إلى الظفر بالقوة والتكريم والثراء والشهرة ومحبة النساء، ولكن تعوزه الوسائل إلى تلك الغايات، لذا فهو يعزف عن الواقع... وينصرف بكل اهتمامه وبكل طاقاته اللبديية أيضاً إلى الرغبات التي تخلفها حياته الخيالية ما قد يسلم به في سهولة إلى المرض النفسي»

أوضح كولبير واميك أن تعريف فرويد للمصطلح يمثل اختصاراً جامداً في المعنى والاستخدام وقد قررا أن تعريف فرويد للانطوائية قد انتشر بشكل خاص في أعمال الباحثين المهتمين بهذا الموضوع، ولكن يبدو أن هؤلاء الباحثين ينظرون إليه على أنه امتداد طبيعي لنظرية يونغ وليس اختصاراً، وهذا تناقض.

ثم كان العمل التجريبي المبكر لهذا الجانب وذلك لتحديد الأساس التجريبي للانطواء/ الانبساط ويمكن أن نجمله في ثلاثة أعمال ممتازة لـ: «جيلفورد ١٩٣٤، كولبير واميك ١٩٣٨، أيزنك ١٩٤٧»، وقد تمت هذه الأعمال على تجارب محددة، ويلاحظ أن هناك مصدرين للخلط قدمهما أولئك الباحثين:

أولها : التطابق الإكلينيكي للانطواء بالأعصاب Neurosis

وثانيهما : مطابقة الانبساط بالاجتماعية Sociability كما طرحها فرايد Freyd.

وبالنسبة للنقطة الثانية فقد ثبت عدم صحة هذه المطابقة عندما أخضعها (راسل فريزر R. Fraser) للاختبار التجريبي، وأشار إلى أن انعدام الاجتماعية ينظر إليه كمؤشر للعصابية وليس علامة على الانطوائية.

وعودة إلى بحوث أيزنك ونظريته في الشخصية من خلال مؤلفيه : أبعاد الشخصية، ١٩٤٧، بناء الشخصية الإنسانية، ١٩٥٣، نجد أنه قد قدم لنا من خلالهما العديد من الدراسات العاملة كان لها قدر كبير من التأثير على افتراضات يونغ، وقد انتهت هذه الدراسات إلى استخلاص عوامل «ثنائية القطب Unitary» «كالانشراف - الوجوم»^(١)، «العدوان - الكف»^(٢)، وقد تتفق هذه العوامل بشكل دقيق مع عامل «الهستيريا - الديستاميا»^(٣). وتؤكد النتائج التي انتهى إليها أيزنك أن العصائين يمكن

(1) Surgency - Desurgency.

(2) Aggressive-inhibitive.

(3) Hysteria-dysthymia.

تصنيفهم من خلال محور يمتد من «الهستيريا الخالصة Pure Hysteria إلى القطب المقابل وهو الديستاميا Dysthymia، ويشير إلى:

أ - أن هاتين الفئتين من الاضطرابات هي فئات مستقلة استقلالاً نسبياً كل منهما عن الآخر.

ب - أن الأشخاص الذين يقعون في أحد هذه الفئات ينتمون إما إلى النمط المنبسط أو المنطوى. (52-51: 56).

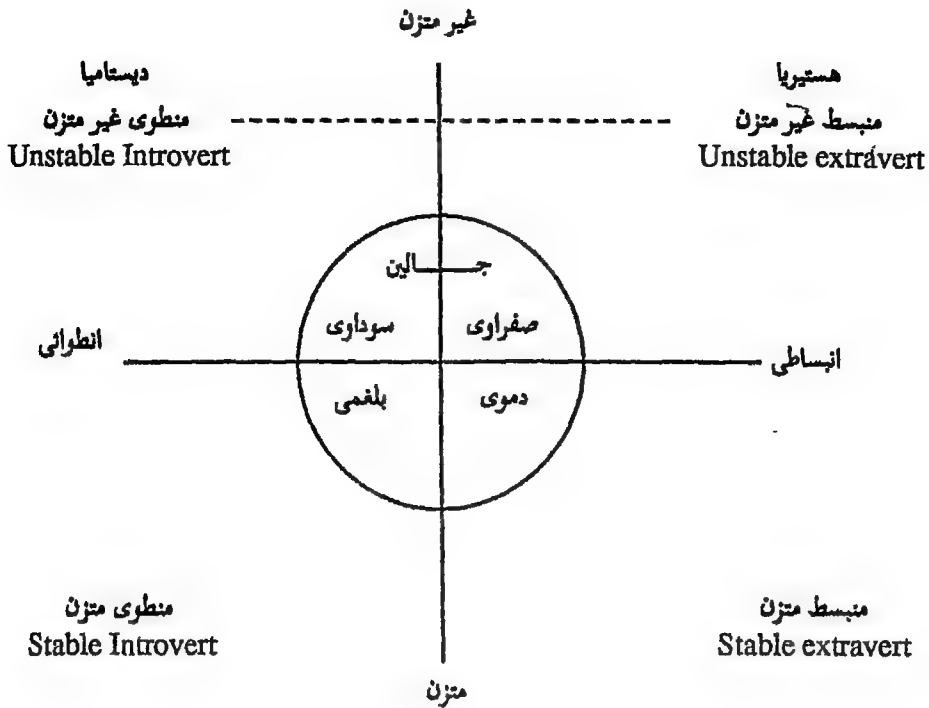
هذا وقد أثبتت الدراسات الارتباطية والعاملية لبعد الانبساط / الانطواء أنه بعداً مستقلاً من أبعاد الشخصية، ولا يوجد ارتباط داخلي بينه وبين بعدى العصائية والذكاء. وقد تأكدت هذه الحقيقة في دراسات كثيرة لأيزنك ومعاونيه.

ويشير أيزنك في أكثر من موضع إلى أن معرفتنا بالنظام العام في وصف الشخصية والقائم على تصور الشخصية في ضوء الأبعاد الأساسية: الانبساط والعصائية، يمكننا من إيجاد مكان للتصنيف السيكاثيرى الرئيسى للاضطرابات العصائية من خلال تلك الأبعاد، أو عبارة أخرى أنه في ضوء التصور الأيزنكى للشخصية يمكن تقديم تصنيف أكثر نوعية للاضطرابات العصائية المختلفة.

فنحن نعرف أن السيكاثيرين يميلون إلى تصنيف الحالات المرضية إلى (زميلات Syndrome) وأنهم يقومون بتشخيص المرض طبقاً لهذه الأعراض وليس بالنظر إلى أسبابها، ويشير أيزنك إلى أن هناك تشخيصات كثيرة لأنماط مختلفة من الأعصاب من هستيريا وسيكوباتية من ناحية إلى حالات القلق والاكتئاب الاستجابى وحالات الوسواس القهرية والخاوف المرضية من ناحية أخرى، وكلها مقولات تشخيصية مفيدة جداً، ولكن وجه النقص الذى يعيبها أنها أساساً مقولات تنظيمية للتصنيف تشابه تلك التى توصل إليها جالان Galen وكانت Kant، وإن لم تستخدم بنفس المرونة التى اتضحت فى ذلك التصور البعدى الذى توصل إليه فوندت Wundt، ويونج Jung، فهناك فارق بين الطبيب والسيكاثيرى، الطبيب يستطيع أن يقدم تشخيصاً أكثر ثباتاً، ذلك أن حالة المريض التى يقوم بتشخيصها تختلف

بطريقة جذرية عن حالته السوية، بمعنى أن هناك انفصالا بين السوى والشاذ طبيًا، وهناك سبب معين لكل مرض، وهذا لا يصح مع العصاب، فليست كل أنواع الأعصاب إما هستيريا أو ديستاميا أو سيكوباتية، فكثير من هذه الأعصاب تقع في المنتصف، ويكون لها أعراض للنظر على أنها من أعراض الأنماط الأخرى من الأعصاب، ولهذا السبب فإن التشخيص الفتوى للاضطرابات العصابية هو إلى حد ما صعب، ولا جدوى منه في كثير من الأحيان، ولذلك فمن الأفضل استخدام المنهج البعدي، ذلك الذي قدمه أيزنك بمعنى أن نضع كل شخص في موقعه الخاص على المتصل الكمي للعصابية أو الانفعالية من ناحية، والانبساط/ الانطواء من ناحية أخرى : 66 (103-104 : 38-43, 67) ويفسر أيزنك في أحد بحوثه تلك المعطيات بأن «عدم السواء النفسي Mental Abnormality» والذي يتضمن النقص العقلي - العصاب - الذهان، ليست فروقًا كيفية عن السواء، وبهذا المعنى فإن الشخص الذي أصيب بكسر في ذراعه، أو الحالة التي تعاني من فقر الدم من الحالات التي قد تختلف بالضرورة عن أشخاص أصحاء، ويشير إلى أن أنماط عدم السواء العقلي تمثل النهايات المتطرفة للتغيرات المتصلة والتي يحتمل أن تكون متعامدة كل منها عن الأخرى، ولذلك ينبه إلى أن اتجاهات التشخيص السيكاتييري كثيرًا ما تكون خاطئة، وذلك لأنها تأخذ بالتشخيص الفتوى للاضطرابات (١).

(١) يلاحظ أن النمط السوداوى عند جالين يقابل تقسيم أيزنك المنطوى ضمن المتزن وأن النمط الصفراوى عند جالين يقابل تقسيم أيزنك المنبسط غير المتزن وأن النمط البلغمى عند جالين يقابل تقسيم أيزنك المنطوى المتزن أن النمط الدموى عند جالين يقابل تقسيم أيزنك المنبسط المتزن. وطبقًا لهذا التصور فإن العصائيين من النمط الانطوائى أو الديستامى يمكن أن يندرجوا فى الأرباعى السوداوى، بينما الهستيريون والسيكوباتيون يندرجون فى الأرباعى الصفراوى، أما الذهانيون، فيمكن أن يقعوا على محور متعامد لكل من الانبساط والعصابية (35-47 : 61). ويفسر أيزنك ذلك بأن النمط السوداوى الذى أشاره إليه جالينوس بجمعه بين الانطواء وبين درجة الثقل الانفعالى يقابل مجموعة العصائيين الرئيسيين فى مجتمعنا، كما أن النمط الصفراوى عند جالينوس بجمعه بين الانبساط وبين شدة الانفعالية يقابل المجرم الحديث. ويجب ملاحظة أن الجمع بين الانطواء أو الانبساط والانفعالية الزائدة فى كلا الحالتين هو مصدر الخطر. (292 : 67)



شكل تخطيطى يوضح التصور الأيزلكى للاضطرابات النفسية

تقسيم الاضطرابات النفسية لدى كل من جانيه - يونج - أيزلنك

هستيريا	جانيه - يونج - سيكاثنيا
هستيريا وسيكوباتية	أيزلنك - ديستاميا
عصاب من النوع الثانى	عصاب من النوع الأول
اضطرابات تتعلق بالسلوك	اضطرابات تتعلق بالشخصية
عدم استمرار الاستجابات المبالغ فيها، غياب	(حالات القلق والاكتئاب، والاستجابات الانفعالية
الاضطرابات العضوية الظاهرة، وأخطاء الذاكرة،	طريقة المدى، المخاوف المرضية، المبادئ القهرية
والاضطرابات الهستيرية عامة	والوساوس)
المنبسط العصائى (الهستيريون والسيكوباتيون)	المنطوى العصائى (القنوطيين أو الديستامين)

وعندما نقارن بين سلوك مجموعة من الדיستاميين، وسلوك مجموعة من الهستيريين، فيجب أن يكون واضحاً أننا أمام متصل كمي، أحد قطبيه المنبسط العصائى، والقطب الآخر هو المنطوى العصائى، ويشير أيزنك إلى أن نتائجه لا يمكن أن تعمم لكى تغطى سلوك المنبسط والمنطوى الأسوياء (غير العصائيين) إلا إذا توفرت الخصائص الكيفية فى نفس الأشخاص.

كذلك من الأهمية ضرورة التحديد التجريبي لهذا البعد المزاجي ثنائي القطب لدى عينة تجريبية، فقام بانتخاب عينة تنقسم إلى ذكور وإناث قوام كل منها ١٠٠٠ من الحالات العصائية (عشوائية)، وكانت الدرجات التى حصلوا عليها قائمة على أساس الارتباط الأكثر ارتفاعاً للبند الستين بذلك العامل الثنائي، وكانت نتيجة التجربة أن النهاية الדיستامية للتوزيع قد وقعت على القطب السالب من العامل، بينما النهاية الهستيرية للتوزيع قد وقعت على القطب الموجب للعامل، وكان متوسط الذكور العصائيين صفر تماماً، وكان بالنسبة للإناث العصائيات لا يتعدى ٠,٠٤ على كلا التوزيعين، أى لم يكن هناك فرق جوهري، ولذلك فنحن أمام منحنى اعتدالى.

وعلى ذلك يرى أيزنك أنه يمكننا أن نعرف الشخص تبعاً للنمط الهستيري إذا كانت درجته على البنود المختارة من المقياس أكثر من درجة انحراف معيارى واحد أدنى من المتوسط، وبالمثل فإنه يمكننا أن نعرف الشخص تبعاً للنمط الדיستامى إذا كانت درجته على البنود المختارة من المقياس أكثر من درجة انحراف معيارى واحد على المتوسط وهناك دليل آخر يسوقه أيزنك فى دراسة (Slater, 1944) والذى ربط فيها بين سمات الشخصية بزميلات الأعراض المرضية لها، وكانت الارتباطات كما قررها سلاتر بالنظر إلى القلق والهستيريا منخفضة. والواقع أن هذا يمكن أن يتوقف على طرق التشخيص والتقييم المتبعة، وقد اتضحت هذه الارتباطات بصورة دقيقة فى البحوث الحديثة.

وفى إشارة كذلك إلى دراسة (فيرنون 1938, Vernon) والتي استخدم فيها التحليل العاملى لبنود الاستخبارات، نجد أنه انتهى إلى عاملين أو بعدين أساسيين شبيهين بالأبعاد التى انتهى إليها أيزنك، وكان العامل الأول والذي انتهى إلى فيرنون عاملاً شبيهاً ببعد العصائية (P+)، وأما العامل الثانى فكان شبيهاً بالعامل الثانى الذى انتهى إليه أيزنك فى دراسته وهو عامل أحد قطبيه الديستاميا، والقطب الثانى له هو الهستيريا على التوالى (55-59 : 56).

وإذا سلمنا بصحة أغلب أو كل مقاييس أيزنك، فلن يكون هناك شك كبير فى أن النمطين اللذين عزلهما يمثلان نوعين مختلفين من الناس، ولا تختلف هاتان المجموعتان بعضهما عن بعض اختلافاً واضحاً فحسب، بل إن خصص الوصف الموضوعى الذى قدمه أيزنك لتحديد الطرز وللمزيد من الفهم لها كان كاملاً تماماً، ولذلك فقد قدم لنا فى مؤلفه (246-246 : 56) وصفاً دقيقاً لكل من المنطويين العصايين - والانبساطيين العصايين، اتفق مع الإطار العام لنظريته فى هذا المجال.

ويشير أيزنك مشكلة العلاقة بين ثنائية الانبساط / الانطواء بتعريفات الدورى وشبه الفصامى، فيشير إلى أن المنطوى كان يعرف فى الماضى (شبه الفصامى Schizoid) والسيكاثنيا معاً، وبالمثل فإن المنبسط كان يعرف فى الماضى بالشخصية الدورية (Cycloid) والهستيرية معاً.

وقد أشار يويج إلى العلاقة الجوهرية بين الشيزوفرنيا والسيكاثنيا، ويشير إلى أن كل تخطيطات التصنيف تشير إلى التأكيد على الفروق التى تكمن خلف تلك الأعراض، ومن ثم كان اعتقاده فى الكيان الجوهرى للحالات الوجدانية سواء أكان فى صورتيه العصائية والذهانية، وبهذا يمكن أن ترفض التشابهات الكامنة بين التخطيطين، ويمكن بذلك أن نشير إلى أن الحالات الوجدانية يمكن أن توجد لدى المنطوى من ناحية ويمكن أن تظهر لدى المنبسط من ناحية أخرى.

وعلى ذلك فإن الإجابة على التساؤل السابق عن العلاقة بين بعد الانبساط / الانطواء والعصاب تبدو ممكنة في ضوء النقاط الثلاث الآتية:

- ١ - افتراض الهوية المستقلة لكل عرض من العرضيين السابقين. أو
- ٢ - افتراض أن التخطيطات تشير إلى فروق بينية وأبعاد مستقلة للشخصية. أو
- ٣ - أننا أمام ثلاث طرز أساسية من الاستجابات : الهستيري، الديستامي الوجداني، شبه الفصامي.

هذا وقد أظهرت الدراسة التي أجراها أيزنك نوعين فقط من الطرز. وذلك بسبب ظروف التجربة :

البعد الأول: الهستيريا في مقابل الديستاميا.

البعد الثاني: شبه الفصامي في مقابل الدوري

وقد انتهى أيزنك من تجربة أخرى له إلى أن هناك اختلافاً كيفياً يوجد بين الحالات الوجدانية والعصابية والذهانية، وأن هناك فروقاً بين الأمراض الذهانية والعصابية بوجه عام وهذا يؤدي بنا إلى الاعتقاد في الاختلافات الجوهرية بين حالات القلق^(١)، والاكتئاب الرجعي^(٢)، من ناحية، والاكتئاب الداخلي المنشأ^(٣)، وأمراض الهوس الاكتئابي^(٤) من ناحية أخرى. وعلى ذلك فليس من الصعوبة أن يعتقد في ثنائية الدوري^(٥) - شبه الفصامي^(٦)، وهو البعد الثالث للشخصية، وهو بعد غير مرتبط جوهرياً ببعدي الشخصية الآخرين. (250-242، 71 : 56).

(1) Anxiety states.

(2) Reactive depression .

(3) Endogenous Depression.

(4) Manic depressive illness.

(٥) الشبيه بالدوري Cyloid حالة يتأرجح فيها المزاج في نطاق واسع ولكنه يظل في الحدود السوية وقد تطلق على بعض نماذج الشخصية (136 : 14) .

(٦) الشبيه بالفصامي Scizoid هو الذي يشبه الفصامي في سلوكه الثابت أو شخصيته المنسحبة من العالم الخارجي والمتجه نحو الذات - ويقف سلوكه على حدود عدم السواء - وربما كانت مقدمات أو صرر أولية للسلوك الفصامي (478 : 70) .

ويخلص أيزنك إلى النتيجة الآتية:

إن الهستيريين والسيكوباتيين، ومختلف الجماعات الديستامية في الحقيقة كلها مجموعات درجاتها مرتفعة على عامل العصائية أو الانفعالية، ولكنها تختلف بطريقة جوهرية على بعد الانبساط / الانطواء (47 - 35 : 66).

وباستقراء نتائج عدد من البحوث والدراسات المنشورة في مجال اضطرابات الشخصية والسلوك جزءاً منها قام بها أيزنك في إنجلترا، والجزء الآخر قام به عدد آخر من الباحثين فيما بين عام ١٩٣٤ وعام ١٩٦٧. وتدور هذه الأبحاث حول: العلاقة بين بعد الانطواء / الانبساط واضطرابات الشخصية والسلوك حول عدد محدود من النقاط الأساسية تلخصها فيما يلي:

- ١ - المقارنة بين استجابات المرضى العصبيين والذهانيين على عدد من مقاييس السمات المزاجية للشخصية.
- ٢ - الكشف عن حقيقة العلاقة بين مقاييس السمات المزاجية للشخصية وعدد من المقاييس الإكلينيكية ذات الصدد المرتفع.
- ٣ - الكشف عن العلاقة بين درجة الشخص على مقاييس الانبساط / الانطواء وبين إصابته سواء بالعصاب أو بالذهان، وكذلك إمكانية شفاؤه.

يتبين لنا عدد من الحقائق الأساسية في هذا الصدد نوجزها في النقاط الآتية:

أولاً : أن الذهانيين الدوريين انبساطيين متطرفين، وأن الفصامين انطوائيين متطرفين، بينما يمثل الأفراد الأسوياء موضعاً وسطاً أو متوسطاً بين المجموعتين، وقد اتضح من خلال نتائج البحث الأول أن المجموعة السوية كانت أكثر انبساطاً، وأن المجموعة الفصامية كانت أكثر انطواءً

- ذلك عن مجموعة الذهانيين الدوريين - مفترضين موقعاً متوسطاً لهاتين المجموعتين السابقتين.

وعلى عامل العصائية اتضح أن مرضى الفصام والذهان الدورى يشابه كل منهما الآخر فى استجاباتهم على مقياس العصائية، أكثر من مشابهة أى منهم لمجموعة الأسوياء.

ثانياً : لا توجد علاقة بين الانطواء أو الانبساط وإمكانية التنبؤ بحالات الذهان الوظيفى ^(١) Functional Psychoses، كذلك لا توجد علاقة بين الشخصية الانطوائية والشفاء، وأن هناك معامل ارتباط صفرى بين عدد من السمات الفصامية وتقديرات السيكايترين نحو الشفاء.

ثالثاً : أن المرضى الواهنين يكونون أكثر انطواءً من المرضى ذوى البنية البدنية.

رابعاً : بالمقارنة بين مجموعات العصايين والسيكوسوماتيين والمجرمين العائدين، والسيكوباتيين، والأسوياء على عاملى الانبساط والعصائية يتضح الآتى:

(أ) أن مجموعات العصايين والسيكوسوماتيين والمجرمين العائدين أكثر عصائية من مجموعة الأسوياء.

(ب) أن مجموعات الديستاميين (العصايى الذى يتصف بالانطوائية) كانت أكثر انطواءً وأن مجموعة السيكوباتيين كانت أكثر انبساطاً.

(١) من المسلم به أن الأمراض العقلية إما عضوية - وهى ما كان لها أساس عضوى معروف كتلف النسيج العصبى للمخ من الزهرى، أو المخدرات أو تصلب الشرايين كجنون الشيخوخة، وجنون المخدرات، الشلل الجنونى العام، أو تكون الأمراض العقلية وظيفية، أى تكون العوامل النفسية جوهرية غالبية فى أحداثها كالفصام والذهان الدورى، وهى الأمراض التى لا يستقيم تفسيرها بعوامل بيولوجية وتشريحية كما يستقيم بعوامل نفسية واجتماعية، وبعد الفصام مثالا للذهان الوظيفى، فلا يوجد فيه تغيرات تركيبية أو تشريحية لخلايا أو لنسيج مخ الفصامى أو تركيب عضوى آخر يمكن أن نغزو إليه الاضطراب، راجع: (٢٠: ٤٢٠).

(ج) هناك صعوبة فى التمييز بين الهستيريين والمجرمين العائدين والسيكوسوماتيين، رغم تميزهم عن الديستاميين والسيكوباتيين. كل هذا يؤكد طبيعة العلاقة الدقيقة بين الانطواء والعصابية، ومدى تأثيرهما على توافق الشخصية فى حالة وجود ضغوط بيئية تفوق التكوين النفسى للفرد.

خامساً : فى حالة المقارنة بين الهستيريا التحويلية Conversion Hysteria والتي تشخص مبدئياً فى ضوء الأعراض الجسمية الظاهرة للحالة، والشخصية الهستيرية Hysterical Personality والتي يتم تشخيصها على أساس ملاحظتنا لأنماط السلوك العامة للفرد، وذلك فى ضوء بعدى العصابية والانبساط اتضح :

(أ) أن الحالات التى تعاني من هستيريا تحويلية لا تختلف كثيراً عن الأفراد الأسوياء على مقياس العصابية، وأحد التفسيرات الممكنة لهذه النتيجة أن الحالات التى تعاني من أعراض الهستيريا التحويلية تنجح دائماً فى تحويل العصاب إلى أعراض جسمية.

(ب) تشير النتائج على مقياس الانبساط أن العينة العصابية والمتضمنة لحالات (القلق، والاكتئاب) يحصلون على درجات منخفضة (انطواء) ، وأن حالات الشخصية الهستيرية يحصلون على درجات مرتفعة دائماً (انبساط)، ومعنى ذلك أن العصبيين ككل ينزعون إلى أن يكون لهم متوسط أقل فى درجات الانبساط من الأفراد الأسوياء، وأن الحالات المرتفعة درجاتها نسبياً (الشخصيات الهستيرية + الاتجاهات الهستيرية) تنزع إلى أن يكون لهم نفس متوسط الدرجات كالأسوياء.

سادساً : أن مجموعات السيكوباتيين تنزع إلى أن تكون أوثق بالأسوياء من العصبيين على بعد العصابية، وهذه النتيجة لاتتسق وتنطير أيزنك،

بينما تتسق وعلم الأعراض من أن الشخصية السيكوباتية تنفصل اعتبارياً عن حالات العصائيين والذهانيين.

سابعاً : يظهر الانبساطيون العصائيون الأعراض الجسمية للقلق Somatic Symptoms of Anxiety وذلك فى حال انهيارهم عصائياً، بينما يظهر الانطوائيون العصائيون الأعراض النفسية للقلق Cognitive Symptoms of Anxiety فى حالة انهيارهم.

ثامناً : فيما يتعلق بموقع مرضى الفصام بشقيه (السلوكى - الاستجابى) على بعدى العصائية والانبساط فقد اتضح أن (الفصامين السلوكيين Process Schizophrenia) كانوا أكثر ارتفاعاً نسبياً فى درجة الانطواء وذلك بالمقارنة (بالفصامين الاستجابيين Reactive Schizo-phrenia - أى أن هناك علاقة جوهرية مرتفعة بين بعد الانطواء والفصام بشقيه).

لقد استندت هذه البحوث إلى عدد من الأصول السيكلولوجية فى مجال دراسات الشخصية - قدم لها الباحث فى مقدمة البحث - ومن خلال هذه الأصول نستطيع تقديم تحليل كیفى لهذه الأنماط من الاضطرابات، ذلك على اعتبار أن السمات المزاجية للشخصية ينتظم داخلها معظم ضروب السلوك السوى أو المتوافق اجتماعياً، أو ضروب السلوك غير السوى أو غير المتوافق اجتماعياً. أو بعبارة أخرى أننا من خلال هذه السمات نستطيع أن نقدم تفسيراً لتلك الاختلافات - وأوجه التغاير المختلفة التى يمكن أن نلاحظها فى سلوك الأفراد وشخصياتهم سواء أكانت هذه التغايرات فى (اتجاه الصحة النفسية أو الاتزان الوجدانى أو تحقيق الذات) أو فى (اتجاه المرض النفسى، ومحاولات التخلص من الاضطرابات الانفعالية، وإعلاء الصراعات اللاشعورية). (عبد الحليم، ١٩٧١، ص ٣٠٢).

الفصل الثالث

المرض - المريض

أولاً - المرض : نظرة تاريخية:

- تمهيد.

- توماس سيدنهام.

- بينيل - كريبلين.

- بول يوركا.

- المرض والمريض.

ثانياً - المريض Patient

- تمهيد.

(أ) احتياجات المريض.

(ب) التغيرات التي تطرأ على المريض عند دخوله المستشفى.

(ج) التفرد بين المرضى في خصائصهم.

(د) حقوق المريض ومسئوليته.

(هـ) دور المرض في شخصية المريض وسلوكه.

الفصل الثالث المرض والمريض

تمهيد:

المرض - نظرة تاريخية:

الطب السريري وهو نوع حديث من أنواع الطب تعنى فحص المرضى ومعالجتهم وتشخيص حالتهم على مشاهد من الطلاب الدارسين وهذا العلم الطبى الحديث لن يتقدم أو ينمو بدون الإدراك السريع للمرض، ومعرفة المرض ومفهومه.

فالمعرفة المبكرة للمرض فى الشخص ومعرفة مكانه وتحديدته بدقة، يكفل علاجه بكفاءة أكبر، ولذلك يجب ألا نكتفى بهذا ولكن لابد من الممارسة العلاجية الفعالة بسرعة كذلك تدريب الطلاب على هذا.

وفى الواقع أنه قديماً كانت توجد مجرد فكرة عامة عن المرض ولكن لم توجد تخصصات مرضية، أو أسباب للمرض ولكن :

الآن فى هذه الآونة الأخيرة أصبح المرض معروف وأصبح كل ممارس للطب يعرف أسباب هذا المرض سواء الأسباب الشخصية أو الأسباب المرضية وأصبحت هناك جرعات دوائية علاجية ومجموعة جرعات تعطى للمريض أثناء علاجه ليست لإخفاء المرض تماماً ولكنها تكسب الجسم بعض المناعة ضد هذا المرض لتقوية جهاز المريض المناعى حتى يصبح قادراً على مواجهة المرض.

وغير هذا أو ذاك أصبحت هناك نتيجة للعلاج غير الموت فقد أصبحت هناك نتيجة تنتظر وتوقع وهذه الأشياء سواء أسباب المرض أو جرعات العلاج أو النتيجة لم تكن منتشرة من قبل بل انتشرت فى حدود القرن السابع عشر. توجد هناك مجموعة من العلماء هذه المجموعة كان لها مفهومها

الخاص عن المرض وقد عرف كل عالم المرض حسب مفهومه ومعتقداته وعلى أسس علمية بحتة ومن هؤلاء العلماء :

(١) توماس سيدنهام: Thomas Sydenham

ينسب المفهوم الجديد للمرض إلى العالم الإنجليزي توماس سيدنهام وقد حدث هذا في عام ١٦٢٤ إلى ١٦٨٩ وكان معترفاً بهذا المفهوم لأنه لم يتقدم أى عالم بأى مفهوم آخر أثناء هذه الفترة.

وهذا العالم الجليل كان له الفضل الكبير على الطب والأطباء إلى الآن..، حيث أنه لم يعرف المرض فقط بل اكتشف العديد من الأمراض مثل مرض المفاصل أو المعروف الآن بالاسم العامي «داء الملوك» وهو مرض «النقرس» واكتشف أنواع من الحمى تعرف باسم «الحمى القرمزية» وهى حمى ناتجة عن الحصبة وسميت بهذا الاسم لأنها تتفق مع الحصبة فى جميع أعراضها بجمع اللون الذى يصبغ به الجسم فى الحصبة.

وهذا النوع من الحمى يصاب به مرضى الحصبة لأنه من المعروف أن مرضى الحصبة تكون حرارتهم مرتفعة مع القيء والدوران وهذه كلها أعراض الحمى والنرق بين الحمى العادية والحصبة هو الطفح الجلدى الظاهر على الجسم.

إن المعنى العام للإنتاج العلمى لعلم الأمراض والذى تقدم به العالم توماس سيدنهام لم يستهان به بل ظل موضوع لحديث وبحث وترقب العلماء فترة كبيرة.

وقد قدم العالم توماس سيدنهام ضمن أبحاثه وصفاً جيداً لعلم الأمراض لم يكن من الممكن غض النظر عنه بدون بحثه.

ولكن أخذ على توماس سيدنهام أنه فى أبحاثه عرض عملية وصف علم الأمراض إلى تعقيد علمى على مستوى كبير وتعقيد مبالغ فيه إلى حد

ما. غير أنه أيضاً من الأشياء التي أخذت عليه أنه عندما كان يعرف ويحدد أعراض معينة لمرض ما معين فإنه كان يعمم هذه الأعراض على جميع الأفراد ولم يضع فى اعتباره البيئة المعرض لها. كل فرد ودرجة تحمل كل فرد والصورة التى يمكن أن يظهر بها المرض عند كل فرد فإذا أخذنا مثال على ذلك مرض بسيط مثل الأنفلونزا. فهذا المرض يمكن أن يوجد فى منزل واحد لأكثر من فرد ولكن أعراضه تختلف لدى كل منهم حسب مقاومة كل فرد وطبيعة جسمه ولكن سيدنهام لم يعترف بهذه النقطة وحاول مطابقة المرض الواحد فى الفرد بأعراضه بنفس المرض فى فرد آخر بالرغم من اختلاف البيئة التى يعيش فى إطارها الفرد - درجة تحمله... إلخ.

وهناك حالات مرضية كثيرة جداً يصعب التفرقة بينها لتشابهها فى الأعراض الكثيرة ولكن هذا التشابه يكون موجوداً من الناحية السطحية وبالتعمق فى الحالة المرضية ودراساتها يظهر أن هناك أعراضاً داخلية ليست متشابهة وهذه الأعراض على أساسها تبدأ تحديد مجموعات الجرعات العلاجية وعمليات التمريض على تعاطى الدواء.

وقد بدأ علم الطبيعة يأخذ على عاتقه الإسهام فى توضيح الأعراض الجديدة والصفات الجديدة للمرض مثل علم الأشعة وهذا العلم يستطيع إعطاء صورة لأجزاء الجسم الداخلية منها نستطيع التوصل إلى الداء ومنه نستطيع وصف الدواء.

ولم يكن توماس سيدنهام هو العالم الطبى الوحيد بل وجد غيره من العلماء التى تفخر بهم الأرض ومن هؤلاء العلماء من اتبع توماس سيدنهام وهو عالم إيطالى اسمه لويس باستير

(٢) لويس باستير: Louis Pasteur

هذا العالم يتبع سيدنهام ويتعتبر أحد تلاميذه المميزين وقد سبقه سيدنهام بحوالى قرن من الزمان ١٨٢٢ إلى ١٨٩٥.

ولويس باستير كان له فضل كبير جداً فهو يعتبر العالم الذى اكتشف أساس الأمراض كلها فهو مكتشف الميكروبات الدقيقة أساس كل داء. وقد مد أبحاثه بالطرق العملية أيضاً أى لم يكتف بالطرق النظرية بل وعمل على تطابق وتمائل الأمراض مع بعضها وربط بينها.

وباستير هذا هو صاحب نظرية عرفت وقتها باسم «نظرية الأمراض الجرثومية» وهذه النظرية تناولها علماء كثيرون من بعده وكانوا يستفيدون منها أكثر مما كانوا يعطوها أو يزدوا عليها من معلومات وحقائق وهذه النظرية لها نتائج فورية.

وقد اكتشف باستير عملية التلقيح بالبكتريا نفسها ولكن ليست البكتريا الحية إنما بكتريا ضعيفة أو سموم البكتريا وهذه هى فكرة اللقاح، وفوائده هو أنه يحاول إكساب الجسم مناعة شديدة ضد المرض البكتيرى فعندما تأتى البكتريا لتصيب الجسم تجد موانع وسوف أشرح ببساطة متناهية فكرة اللقاح والتلقيح:

إذا ظهر مرض معين وانتشر فى بيئة ما فتقوم الهيئات الصحية بعمل لقاح مناسب لتلقيح أهل هذه البيئة لحمايتهم ضد هذا المرض.

فيقوم الطبيب الملقح بعمل لقاح يحتوى على البكتريا المضعفة والمسببة لهذا المرض أو سموم هذه البكتريا أو بكتريا ميتة وما فكرة هذه العمليات:

الفكرة هو دخول جسم غريب ليس له أى ضرر وهذا الجسم يعمل على إثارة كرات الدم البيضاء فتعمل على تكوين أجساماً مضادة كثيرة ضد هذا الجسم الغريب فعندما يصاب الجسم بالبكتريا الحية المسببة للمرض تكون قد تكونت عنده أجسام مضادة تبدأ فى مهاجمة البكتريا المهاجمة للجسم وتلتهمها وتمنع المرض من الظهور أى أن فائدة اللقاح هو مهاجمة المرض بأجسام مضادة مجهزة مسبقاً ولكن ليس الفائدة منه العلاج أو اكتساب مناعة دائمة ولكنها مناعة مؤقتة فقط تنتهى بانتهاء البكتريا التى

تصيب الجسم لأن الجسم يكتسب بالطبيعة مناعة ضدها بمجرد إصابته بها. فبهذه الطريقة نحمل الجسم من مهاجمة البكتريا.

ومن بعد باستير جاء علماء آخرون كان لهم الفضل في الإشارة إلى الاضطرابات العقلية ومنهم :

بينيل وكريپلين Penel & Kraepelin :

ربط هذان العالمان بين الظروف البيئية المحيطة بالإنسان وبين إصابته بالمرض فإن المرض لا بد له من أسباب ومن أهم الأسباب هي البيئة وقد استمد العالمان الفرنسيان بينيل وكريپلين أبحاثهما من كل الظروف المحيطة بهن فمن هذه الظروف عانى الإنسان الاضطرابات النفسية والعقلية، وهذه الاضطرابات المرضية وإن كانت قليلة في عهد هذين العالمين إلا أنها أعطت فكرة صريحة وواضحة وأنها سوف تزيد مع تقدم الزمن وتقدم العلم والحياة فإن العلم مهما كانت مميزاته فله حدوده فإن من مجرد التفكير في العلم وتشغيل العقل أكثر من اللازم هذا في حد ذاته مرض كبير وبالطبع بمرور الزمن وتقدم الحياة زادت الأمراض النفسية والعقلية والعصبية فمجرد الهواء العادى أصبح متأثر بالعلم والتقدم والتكنولوجيا.

كل ما يحيط بالإنسان في البيئة يؤثر في نفسيته ومن هنا نشأ فرع جديد من فروع الطب هو فرع الطب النفسى Psychiatry ومن هنا ظهرت أهمية دراسة علم النفس العام General Psychology .

وبات واضحاً أن كل (ما ينتظم المجال الحيوى للإنسان) يكون له تأثيره بشكل أو بآخر على شخصيته وسلوكه فإذا تتبعنا شخصية ما مجرد شخصية فرد عادى من أى شعب سواء أكان أجنبياً أو عربياً ولكن الشخصية القرية منا هنا هي الشخصية المصرية.

منذ خروج العامل من منزله للعمل فإن أول ما يقابله ويتعب نفسيته هو انتقاله من المنزل إلى العمل في مواصلات عامة في منتهى الزحام يبدأ

فى شرب السجائر من الضيق، يركب المواصلات فى يده سيجارة فيها تعب
لنفسيته وجسمه وتعب لمن حوله فقد لوث جو الحافلة وهى ليست محتملة..
ذهب إلى العمل (ضغط العمل، مضايقات العمل تؤثر فى نفسيته)
جلسته غير المريحة، جو المكان، المنبهات التى يتعاطاها العامل من شاي
وقهوة تؤثر على العقل فإن العقل يفرز مادة تشبه هذه المادة تسجل ما يضعه
الإنسان فى عقله ولكن المنبهات تؤثر فى هذه المادة تأثيراً بالغاً فى خطورته
فتمنع تسجيل المعلومات عليها فيصاب الإنسان بنسيان وهو ما يسمى عدم
التركيز وعدم التذكر.

إلى أن يعود العامل إلى منزله مرة أخرى ويعانى نفس المشقة وغير هذا
نجد الضغوط Stress التى تقع على العامل أثناء تأدية الواجب فى عمله من
معاملات غير لطيفة ومشاكل عمل غير مشاكله الشخصية بدون محاولة
لحل مشاكل العامل من المجتمع.

ومن الجدير بالذكر أن أهمية تطبيق فكرة أن الإنسان فى حال اضطرابه
عقلياً يجب أن يحجز فى مستشفيات عقلية لحمايته وحماية الغير منه. فقد
تم بواسطة فيليب بينيل تحرير أماكن علاج الاضطراب العصبى والعقلى من
السلاسل والقيود فى المصحات والمستشفيات العقلية فى عام ١٧٩٢ وتعرض
بينيل إلى قدر من الهجوم ومن ناحية أخرى خلفية بالخوف والإثارة وكان
يجب أن يقاوم ويدافع عن قراره.

وكان رأى العام آنذاك معارضاً لهذا الاتجاه الإنسانى وكان مقتنعاً أن
قراره هذا متأثراً بطبيعة المرض وبناءً عليه اقتنع أن المرضى العقلين لا
يستحقون العقاب بل إنهم يطالبون بالعلاج، فهم مرضى محتاجون إلى
العلاج وليس إلى العقاب مع مرور الوقت كان بينيل ثابت على مبدأ توسيع
المفهوم أو الفكرة العامة عن مرضى الاضطراب العقلى أو العصبى.

وقد بدأ علماء كثيرون فى تصديق أن كل التصرفات خارجة عن إرادة

وتصرفات الجسم وفى منتصف القرن التاسع عشر اهتم كل من شارلز بل وفرنسوا ماجنيدي سنة ١٧٧٤-١٨٤٢ سنة ١٧٨٣ - ١٨٥٥ وجوهانس مولر سنة ١٨٠١-١٨٥٨ برسم منظراً للجسم حاولوا بقدر الإمكان تشبيه الجسم كآلة عاملة.

وبالفعل فإذا شبهنا الجسم بالآلة فإنه أسلم تشبيه يمكن أن يفهم أن جسم الإنسان عبارة عن آلة مصنع متحرك يرأسه العقل. بما فيه من أجهزة ومفاتيح تشغيل صعبة الفهم فهو الذى يسيطر على الجسم بما فيه من حركات ومشاعر وغير هذا فإن الرئيس نفسه له مصدر غذاء يمدّه وإذا توقف فإن مصدر التشغيل (العقل) يموت وهذا المصدر وهو القلب يمد الجسم كله بأجهزته المختلفة وإذا سلمنا بالتشبيه السابق أن القلب يمد الجسم بالوقود أى (الدم) وهو الذى يعمل به الجسم فهو عبارة عن وحدات (عمال) تنقل الطعام للجسم تنقل الأكسجين وتبادل الغازات وغيرها من عمليات معقدة غير أنها تدافع عن القلعة الحصينة ضد أى غزو بما فيها من كرات الدم البيضاء التى تعمل على مهاجمة الغزو المرضى.

ثم الاكتشاف والاعتراف أن من أهم مسببات الاضطرابات العصبية هى الاعتلال الجسدى.

(٤) بول يروكا : ١٨٨٠-١٨٢٤

درس عقول الأشخاص التى تعاني من مرض سفاسيا وهو مرض يعانى فيه الإنسان صعوبة فى النطق ومن هنا اكتشف العالم بول منطقة الكلام فى المخ وأطلق عليها اسم «منطقة يروكا» وإذا حدث فى هذه المنطقة أى اختلال معين يؤدى هذا إلى أن الإنسان يعانى من صعوبة فى النطق وهذه المنطقة توجد فى الفص الجبهي للمخ.

كذلك لابد للإشارة إلى كل من ريتشارد فون وكرافت واينغ ١٨٤٠-١٩٠٢ قد أثبتا أن الاضطراب العصبى قد يتسبب عنه السفلس أى

الزهري وبناءً عليه فهو طبيعى أكثر منه أو أصح من أن يعرف بأن شىء عقلى أو ذهنى مريض.

ومن بعد هؤلاء العلماء جاء عالم آخر يدعى إميل كرايلن:

(٥) أميل كرايلن ١٨٥٦-١٩٢٦ :

أكمل الطريق الواصل بين الدواء وتأثيره الكمى على وظائف الجسم غير الطبيعية.

وقد استمد هذا الطريق باعتبار خاطئ بعض الشىء حيث أنه لم ينزع إلى فكرة أى الاضطراب العقلى (الذهنى) مرض عضوى بحث له دواء بعقار معين غير أنه لابد من أن يعالج بشىء من الحكمة ذلك أن مفهوم المشكلة المتسببة فى المرض النفسى يجب أن تعالج أولاً بالإضافة إلى الدواء مما يكفل معه شفاء الحالة وهذا التقدم نحو العلاج جعل العلماء يأملون ويتطلعون فى أن يروا أن الاضطرابات العقلية والنفسية لها علاج حيث أن أى دواء يكون له مفعولا فى حالة معينة يمكن أن يكون له نفس الفاعلية فى علاج أمراض أخرى فلا شك أن الاضطراب العقلى ما هو إلا مرض ناتج عن اعتلال فى الجسم قبل أى شىء آخر.

وأنه خاضع للعلاج بالطرق العلاجية الكيميائية قبل أن يكون خاضع للعلاج بالطرق النفسية فى حل المشكلة المعقدة التى قابلت المريض وجعلته يعاني من هذه الصدمة المسببة للمرض أو الاضطراب على حد قول بول يروكا.

المريض والمريض : Patient and Disease

منذ أن تقدم علم الصحة (الطبي)، فى القرن العشرين. فقد ثبت مفهوم نشاط المرض وبعد ذلك أوضح مع كوهين الذى اهتم بالتقدم الطبى الحديث الكثير عن المرض أكثر من الناس المصابة بالمرض.

وقد قادنا معنى المرض إلى شكل المريض الغائب عن المسؤولية (أى فاقد

الوعى) وطرق علاجه فإن المريض غير القادر على تحمل المسؤولية لا يكون قادر بالتالى عل أن يشكو أو يوضح لنا ولهيئة التمريض) عن آلامه ولكن هناك طرق لعلاج معرفه كيف نعرف الحالة ولكن بدون مساعدة منه فكل (فقدان للوعى) يمكن أن يكمن وراءه مرض معين فمرضى السكر عندما يفقدون الوعى يتغير لون الجلد لديهم إلى اللون الأزرق أما الصفراء فإن مرضاها عندما يغيييون عند الوعى يتحول لون الجلد لديهم إلى اللون الأصفر وهكذا دواليك.

وكل مرض له تدريبه وتمرينه وتجاربه وأخذ جرعاته الدوائية المعينة فى تطابق واحد متعاقب إذا لم يحدث شىء ليووقفها وقد اكتشف كعامل أساسى يمكن أن يسهم فى مقاومة العوامل التى تعوق الشفاء.

ويجب أن يوضع المريض تحت المراقبة الدائمة والمستمرة حتى نلاحظ التغيرات التى يمكن أن تحدث فيمكن أن نكون معتقدين بنوع مرض معين ولكن بتواجد المريض فترة داخل المستشفى فقد يحدث تطور للمرض إلى أن يصبح مرض آخر فإذا لم نلاحظ تطور المرض فلن نستطيع الإسهام فى شفاء المريض.

والمريض يعتبر عائلا لمرض (لفيروس أو بكتريا) معينة أى يعتبر زائراً غير مرغوب فيه فى الوسط المحيط. وواجبنا الضرورى هو أن يشفى هذا المريض من هذا الداء أو يتخلص منه فقديمًا عندما عرف مرض الكوليرا لم يكن له علاج فكان الواجب هو التخلص من المريض بالحرق فوراً وكذلك بعض الأمراض الأخرى المعدية والمميتة التى لم يعرف لها علاج.

إذا رفض المريض أخذ العلاج أو الكشف عليه أو إجراء الجراحة اللازمة له فلا بد من أن يلزم بإجراءات العلاج أو الكشف أو إجراء الجراحة والذي لا يعرفه عدد كبير من الناس أو الأطباء أيضاً أن الإنسان فى داخله شىء خفى يمكن به أن يشفى من المرض بدون علاج فالإنسان كآلة عاملة يمكن أن تتعرض لقوى مثل الصدا أو التأكل وكذلك الإنسان وعندها يحتاج للتلقيح لمنع المرض.

وقد عرف القرن العشرين بين العلماء بالقرن الحماسى والنشاط الطبى حيث أن الطب زادت سرعته فيه واكتشفت فيه وسائل جديدة مثل الأشعة التى قد يكون لها أضرارها إذا امتص الجسد هذه الأشعة خصوصاً فى الأجنة ولكن استطعنا فى القرن العشرين وفى منتصفه بالتحديد تلافى هذه الأخطار وكذلك الصدمات الكهربائى. وغيرها واستخدام ثانى أكسيد الكربون فى الأدوية حتى سموم الثعبان استخدمت فى الأدوية.

والجراحة الفصية التى تجرى فى فصوص المخ الجبهية وعقاقير التنشيط الفسيولوجى كالعقاقير المستخدمة فى حالات الأمراض السيكلولوجية.

ولكن فى النهاية يقول كثير من العلماء إنه بالرغم من التقدم العلمى والذى توصلنا إليه أنه لا يمكن معرفة سبب الأمراض العقلية حتى الأدوية ليس لها القدرة على إزالة أسباب الأمراض العقلية أو شفاءها تماماً.

الهستيريا Hysteria:

يتميز عصاب الهستيريا بظهور أعراض وعلامات فى مجالى العقل والجسم نتيجة لعوامل شعورية تحمل من ورائها عادة دافعاً إلى مكاسب ثانوية، وتعطى الصورة الكلية انطباعات، وكأن الأعراض قد ظهرت عن قصد مدبر، غير أن المريض يكون غير واع بها. وأحياناً ما يستمر التفاعل الهستيرى، ويزداد المدى الذى يخل فيه بالوظائف العقلية ككل وبشكل خطير. وفى هذه الحالات يتخطى التفاعل المكسب الثانوى وتغلب على الصورة ميكانيزمات نكوصية أكيدة مما يؤدى إلى تفكك فعلى فى الشخصية، كما أن التكيف يختل بصورة شديدة، ويتشوه الواقع ويزيف وتكاد تختفى البصيرة تماماً (الجمعية المصرية للطب النفسى، دليل تشخيص الأمراض النفسية، ص ٥٨).

وحالات الهستيريا من الحالات المرضية الزائدة أو التى تتداخل بصورة كبيرة فى الحالات المرضية للسيدات.

(١) هيبوكراتس:

قام بوصف حالات الهستيريا فقال أنها تنتج بسبب اضطرابات في الرحم وهذا أحد أسبابها المهمة بالنسبة للسيدات وهو أيضاً له تعليق يؤكد أنها ذات علاقة وثيقة بالزواج والمؤثرات النفسية والاجتماعية والجنسية.

(٢) شاركو:

يرجع الفضل إليه في اكتشاف الهستيريا وعلاجها بالتنويم الذي تطور على يد من جاءوا بعده من أنصار التحليل النفسى.

(٣) جوزيف بورو: ١٨٤٢-١٩٢٥

فى بداية ١٨٨٠ اكتشف أن التنويم المغناطيسى يستخدم لكشف الذاكرة المضطربة ويعتقد جوزيف بورو أن العلامات تختفى عندما ترتبط هذه الذاكرة بالعاطفة.

(٤) سيجموند فرويد:

أصغر عالم نمساوى كان حذر من اعتقاد بورو وذهب إلى باريس للدراسة مع شاركو وهنا أصبح فرويد مقتنعاً بأن الاضطرابات الهستيرية تحدث بسبب الاضطرابات الجنسية.

وقد استخدم فرويد التنويم المغناطيسى ووضع نظرية عن الطبيعة السيكلوجية للمضطربين نفسياً وقادنا هذا إلى العلاج بالسيكودراما وللاضطرابات العقلية ودراسة الشخصية ولاحظ أن التحليل النفسى قد أكد أن ظروف الجسم المرضية تتسبب عن عوامل نفسية.

(٥) فليكس دورتين ١٨٨٤ - ١٩٦٤ وهيلين فلاندر دورينار :

نشروا أبحاثاً عن علاقة العقل والجسم فى عام ١٩٣٥ وذلك فى مجلة الأمراض السيكوسوماتية وعلاجها فى عام ١٩٣٩، وكذلك فى مجلة العلاج السيكلوجى الحديث - وكان فى هذا كله إشارة إلى أن هناك اتفاقاً أو موافقة بين العقل والجسم.

ثانياً - المريض Patient

تمهيد:

يأتى المرضى من كل الأعمار والأشكال والألوان والمستويات الثقافية والاجتماعية والاقتصادية وأيضاً المزاج والطباع، ولا يوجد شخصين متشابهين تماماً. ففي عام ١٩٧٨ تقدم أكثر من ٣٥ مليون شخص ذوى عقول سليمة عبر المدينة إلى المستشفيات، وبالرغم من أن كل شخص له شخصيته ومشاكله وظروفه الخاصة به، فإن كل شخص يشترك فى بعض الجوانب مع الأشخاص الآخرين، وبالرغم من الاختلافات أو التشابهات فإن كل المرضى لهم من الحقوق والواجبات التى يجب أن تقابل بالعناية العلاجية حتى يتم التأكد من تقدمهم نحو الشفاء والراحة، ولكن المسؤوليات تأتى مع الحقوق، والمسئولية الأساسية للمريض هى مشاركته فى شفاء نفسه، وفى هذا الفصل نتعرض لاحتياجات المريض البيولوجية والطبية والنفسية، ثم التغيرات التى تطرأ على المريض عند دخوله المستشفى ودور أفراد الفريق العلاجى فى علاجها أو التخفيف منها، ثم نتعرض لأوجه التشابه والاختلاف بين المرضى، وكيف تؤثر هذه التشابهات والاختلافات على مدى استجابة المريض للعناية والعلاج الذى يقدم له، ثم نرى حقوق المريض - ومسئولته فى المشاركة فى علاج نفسه.

أولاً - احتياجات المريض:

عندما يدخل المريض إلى المستشفى يكون فى بداية الأمر قلقاً، ويحتاج إلى بعض الاحتياجات الأساسية التى تتركز فيما يلى:

١ - احتياجات بيولوجية : Biological needs

وتتمثل فى الحاجة إلى الطعام، الدفء، الحماية.

٢ - احتياجات طبية ناجمة عن المرض : Specific needs related to his illness
وتتمثل فى العلاج الطبى.

٣ - احتياجات نفسية Psychological needs وتتمثل فى :

(أ) الحاجة إلى الأمن The need for security

(ب) الحاجة إلى الحنان The need for affection

(ج) الحاجة إلى الحرية والاستقلال The need for Independence

(د) الحاجة إلى المبادأة (أو إلى الخطوة

الأولى) The need for expereise initiative

وهنا نتناول بالشرح الاحتياجات النفسية وهى كالآتى:

(أ) الحاجة إلى الأمان:

والحاجة إلى الأمان متصلة بحاجة المريض البيولوجية للحماية، إذ أن المريض يصبح عاجزاً نتيجة لأعراض جسدية (بدنية) تحتاج إلى حماية مادية كذلك، ويشمل الأمان: التحرر من القلق من أى شىء كالقلق على أسرته أثناء مرضه وكذلك القلق على عمله ومستقبله - وللشعور بالأمان يقوم المريض بالمستشفى بتكوين مجموعات تتكون من بعض المرضى الآخرين، ولكى يصبح المريض مقبولا فى هذه المجموعة ومتقبلا لها ومنها لابد من:

١ - أن يكون المريض قادراً على تقديم مساهمة أو مشاركة فعالة فيها.

٢ - أن يكون الأفراد الآخرون بحاجة إلى سماع نصائحه وقبولها إذا كانت منطقية. وبذلك يكون بداية شعور المريض بالأمان.

(ب) الحاجة إلى الحنان والعطف:

يحتاج المريض فى المستشفى إلى الحنان والعطف، وإن كان حتى الآن

هناك بعض المرضى لكونهم فى مواقع يصعب فيها إعطاء ذلك الحنان والعطف لهم فمثلاً:

١ - الشخص العادى عادة ما ينفر من المرضى بأمراض جلدية. خاصة إذا كانت معدية.

٢ - المريض المشوه، أو الذى به بتر ناتج عن حادثة أو جراحة، ليس هو المريض الذى تقضى معه الممرضة وقتاً طويلاً.

٣ - بعض المرضى الذين يعانون من أمراض عقلية يتصرفون بطريقة عدوانية تدفع بالشخص العادى إلى الابتعاد عنه.

ج - الحاجة إلى الحرية والاستقلال:

يفضل الأفراد دائماً أن يصبحوا موضع مسئولية لتكون لهم حرية التصرف والاستقلال بأفكارهم وشخصيتهم. وفى المستشفى عندما يجد المرضى أن عليهم التنازل عن سيطرتهم على كل شىء والانصياع إلى ممرضة صغيرة فى السن، صغيرة بدرجة تشعرهم بأنها فى عمر أولادهم أو أحفادهم، نجد أن المرضى يختلف رد فعلهم لذلك، فمعظم المرضى يتقبلون الأمر ويضبطون انفعالاتهم، بينما قد يصاب الآخرون بالإحباط ويتمثل حينذاك فى نقص فى المطالب، والاحتياجات.

وهنا على الممرضة المساعدة لجعل هذه المرحلة سهلة بسيطة على المريض، وذلك بمعاملة المريض الراشد كأنه مريض راشد وتسمح له بدرجة من الاستقلال. والاعتماد على النفس.

وكذلك على الممرضة استخدام تعليمات، وتعبيرات خاصة، مع مراعاة عمر المريض وحالته الصحية وجنسه ونمط شخصيته.

د - الحاجة إلى المبادأة (أداء الخطوة الأولى):

يلاحظ أن المريض فى المستشفى دائماً ما يطلب مناقشة مرضه ليست فقط من قبيل الفضول، ولكن لمعرفة طبيعة مرضه، وما سوف يتم بخصوص

علاجه وخطوات ذلك العلاج وكذلك تكلفته، والأمل فى شفائه مما يعانى منه وما إلى ذلك من أمور. ويحتاج المريض إلى إجابات لأسئلته بدون أن يخدع أو يقال له أنك لن تفهم هذه الأمور.

هذه هى أبرز الحاجات التى تغشى سلوك المريض عند دخوله إلى المستشفى وتسبب له قلقاً زائداً، ولأن المريض هو أول اهتمامات الممرضة وأن واجبها يتركز فى التقليل من آلامه - فإن عليها واجب آخر هو إشباع تلك الحاجات سواء أكانت بيولوجية - أو ناتجة عن المرض - أو نفسية حتى تخف حدة هذا القلق وتكون هذه هى أولى خطوات العلاج الطبى له، ومن الحاجات النفسية للمريض كذلك:

هـ - الحاجة للقبول:

من الاحتياجات الحيوية للمريض حاجاته إلى أن يكون مقبولا من الناس، كما هو مقبول كإنسان له حقوق، ومهما كان مظهره الخارجى أو حالة مرضه أو مستواه الاجتماعى الاقتصادى أو نمط شخصيته - وسلوكه، فإن الخطوة الأولى للعلاج لدى أى مريض هو شعوره بأنه مقبول، فالحالة الوحيدة التى يستطيع فيها الطبيب المعالج أن يستمر فى علاج المريض بنجاح هو أن يقبل المريض كما هو.

(و) الحاجة لتأكيد الذات:

بالإضافة إلى شعور المريض أنه مقبول لدى الجميع كما هو فهو يحتاج إلى شعوره بتأكيد ذاته فلا بد أن يعرف بوضوح أنه قد أقبل للمستشفى بنفسه، وأن الذين يقومون برعايته طبياً يؤمنون بقيمته كإنسان. وتواجه عملية إقناع المرضى بأهميتهم كأشخاص مصاعب كما تتطلب كثير من الوقت، ولكنها عملية تستحق الجهد المبذول. ويلاحظ أن عدم فهم بعض الناس أو تأخر فهمهم بأهميتهم وقيمتهم يؤدي إلى تأخر خطوات العلاج.

(ز) الحاجة للإيمان بفكرة معينة:

يعد الإيمان بفكرة معينة من الاحتياجات الأساسية للمريض بالمستشفيات، فإن إيمان المريض بفكرة معينة هي حلقة الوصل بين الموضوعية الباردة والتعاطف. وهنا يجب أن يكون هناك قدر من التفاعل الاجتماعي بين المريض والطبيب، قدر من التأثير والتأثير المتبادل جوهره العلاقة الاجتماعية المهنية مما يسهل عليه العلاج، وهنا يجب التأكيد على شخصية المريض وقدرته على التوافق، كما يجب تشجيعه على عدم الاستسلام للشعور بالانعزال والوحدة واليأس.

(ح) الحاجة إلى الرعاية الإنسانية:

تعتبر الحاجة إلى الرعاية الإنسانية من الحاجات الأساسية للمريض وتشمل الرعاية الإنسانية الذوق، الاحترام، المجاملة، الحفاظ على كرامة المريض، ويلاحظ أن بعض المواقف التي قد تبدو بسيطة قد يكون لها الأثر الكبير والسلبى على رسالة المستشفى أو دورها كما أنها تؤثر على موقف المريض تجاه الرعاية الطبية وكذلك تجاه القائمون عليها. ولذلك يحتاج كل مريض لهذه الرعاية تماماً كما يحتاج إلى الرعاية الطبية من الأطباء والمرضات والمساعدین فى عملية العلاج.

ثانياً - التغيرات التي تطرأ على المريض عند دخوله المستشفى:

هناك بعض التغيرات التي تحدث للمريض بعد دخوله المستشفى، وهى تغيرات يبدو أنها مبالغ فيها عن حد السواء، ولكن عندما تظهر فى سلوك المريض فإنها تكون مهمة فقط لتأثيرها على نمط اضطراب الحالة، ولذلك فإن من الأهمية تناولها ومحاولة علاجها أو التخفيف منها، وهذه التغيرات:

Aggressiveness

١ - عدوانية

Withdrawal

٢ - انطواء.

Anxiety

٣ - قلق

Sadness	٤ - حزن
Loss of appetite, «Anorexia»	٥ - فقدان شهية
Disturbance of Sleep	٦ - اضطراب فى النوم (أرق)

١ - العدوانية:

فى بعض الأحيان يتصرف المريض بعدوانية مع كل من يعامله :
المرضة، الأطباء، المرضى وذلك نتيجة لعدة أسباب قد يكون منها:
١ - المرض.

٢ - اليأس الشديد من موقف معقد لا يرى له حل.

٣ - رد فعل لموقف لا يستطيع الفرار منه.

٤ - ليس لديه الدافعية فى المستشفى، وأنه موجود فيها رغماً عنه.

٥ - قد يكون غاضباً أو كارهاً للممرضة أو للطبيب لتصرف بدر منهما.

وعلى إدارة المستشفى معرفة السبب وراء ذلك ومحاولة علاجه
بمساعدة الممرضة المباشرة للمريض.

٢ - الانطواء:

قد تلاحظ الممرضة فى بعض الأحيان أن المريض يكون دائماً هادئاً،
يظل صامتاً، يجلس بمفرده، يكره التحدث مع أحد، لا يحاول مناقشة
مشاكله مع الممرضة، ويقوم بتجاهل احتياجاته الضرورية. وبذلك تعرف أن
هذا المريض يميل إلى الانطواء، ولذلك أسباب قد يكون منها:

١ - أنه خجول.

٢ - لا يشعر بالراحة مع الآخرين.

٣ - قد يشعر هو أنه لا بد أن يتعد عن الآخرين لظنه أنه يسبب لهم عدم
الراحة.

وعلى الممرضة أن تحاول تخليص المريض من هذه الحالة وذلك بعدة
طرق نذكر منها:

- البقاء مع المريض دون حتمية الكلام بينهما.
- عمل اتصال مع المريض كلما حانت فرصة لذلك لإخراجه من نطاقه المقصور على نفسه والانتطاء.
- استكمال الممرضة اتصالها مع المريض. وبخاصة عندما يتقبلها المريض.
- وقد يكون من الممكن معاملة المريض بطريقة معاملة الأم لابنها وذلك عند إعطاءه الاحتياجات البيولوجية له لأن ذلك قد يشعره بالراحة.

٣ - القلق:

يعد القلق من أكثر الأعراض (التغيرات) تكراراً في المستشفى، وفي معظم الأحيان يكون القلق طبيعياً. ويعد القلق جزءاً من بعض الأنماط الأخرى من السلوك مثل:

العُدوانية	Aggression
الانتطاء	Withdrawal
فقدان الشهية	Anorexia
التفكير الانتحاري	Suicidal Pre-occupations
البحث عن الاهتمام	Attention Seeking
الكبرياء	Immodesty

ومن أسباب القلق:

- اعتقاد المريض أنه سوف يموت أو أن حالته خطيرة - خاصة إذا كان مرضه مزمن أو خطير.
- في بعض الأحيان يقلق المريض قبل الجراحة أو قبل الفحوصات.
- وعلى الممرضة أن تحاول البحث عن سبب ذلك القلق ومواجهة الآثار الناتجة عن القلق، والتي قد تكون الغضب أو الضيق أو عدم الصبر، ومعرفة الممرضة لذلك يساعد في التعامل مع المريض.

٤ - الحزن:

يعتبر الحزن رد فعل طبيعي - أو استجابة طبيعية لبعض المواقف، ونجد أن المريض الحزين:

١ - يبدو غير سعيد.

٢ - لا يتحدث وإن تحدث كان حديثه عبارة عن رد لما يطرح عليه من أسئلة.

٣ - يصاب ببعض الأرق. ٤ - قد يبكي لفراط حزنه. ٥ - قد يصبح قلقاً.

وعلى الممرضة في حالة حزن المريض:

١ - أن تحاول من خلال تعاملها معه معرفة سبب حزنه، ومعاونته في الخروج من هذه الحالة.

٢ - أن تبدو دائماً سعيدة فرحة كي لا تنقل حزنها إلى المريض بل تعطيه الدافع للسعادة والفرح.

٥ - فقدان الشهية:

من المهام الأساسية للممرضة التأكد من أن المريض قد تناول وجباته (إفطار، غداء، عشاء) ولكن في بعض الأحيان لا يتناول المريض وجباته، وقد يكون ذلك ناتجاً عن:

- قد يكون عانداً لتعامله مع الممرضات لظنه أن الممرضة تفضل عليه مريضاً آخر.

- قد يكون غاضباً أو قلقاً.

- قد يكون المكان الذي يأكل فيه غير مريح نفسياً له.

وعلى الممرضة أن تبحث ذلك، فإذا كان ذلك ناتجاً عن قلق عالجت أسبابه.

وإن كان ناتجاً عن شعوره بأن الممرضة تفضل مريضاً آخرين عليه تبدى له المزيد من الاهتمام وتريحه إذا كان مكان تناول الطعام غير مريح.

(٦) الاضطراب فى النوم (الأرق):

يلجأ الأطباء إلى إعطاء المهدئ أو المنوم للمريض كى يساعده على النوم فى حالات الألم أو عدم الراحة كى يحصل على فترة نوم كافية له. ولا يوجد للأرق أسباب محددة فهى كثيرة. وتختلف من مريض لآخر، فقد يجعل أحد الأسباب مريضاً قلقاً لا يستطيع النوم، ويجعل مريضاً آخر كثير النوم.

وعلى ممرضة الفترة الليلية ملاحظة ذلك، ومعرفة السبب فإذا كان سبباً نفسياً حاولت علاجه، وإذا كان صحياً أبلغت الطبيب المعالج.

هذه هى أبرز التغيرات التى تغشى سلوك المرضى عند دخولهم المستشفى ويكون لها قدر من التأثير على حالتهم النفسية وبالتالى علاجهم وشفائهم إن لم يتم علاجها أو التخفيف منها، وهنا يبرز دور الممرضة - وعليها أن تسأل نفسها:

- ١ - كيف يمكن أن أساعد المريض؟
 - ٢ - هل أفعل ما فى وسعى فى علاج الحالة النفسية للمريض؟
 - ٣ - هل أشعر بما يحس به المريض بالفعل؟
 - ٤ - هل العلاقة بينى وبين المريض سطحية أم كافية أم متعمقة؟
- عند التعرف على الأهداف الرئيسية التى تساعد الممرضة فى علاج المريض نجدها تنقسم إلى أهداف عامة - وأهداف خاصة.

أولاً - الأهداف العامة: وتتمثل فى:

- ١ - مساعدة المريض على تحمل مواقف الضغط الانفعالى غير السارة Emotionally Stressful Situations الناتجة عن مرضه.
 - ٢ - مساعدة المريض على التجاوب مع مرضه.
- ثانياً - الأهداف الخاصة: وتتمثل فى:
- ١ - مساعدة المريض بواسطة المشاركة.

٢ - جعل المحادثة بين الممرضة والمريض سهلة تتسم بالمرونة.

٣ - زيادة احترام المريض لنفسه. وجعله يعتمد على نفسه.

ولتحقيق هذه الأهداف فإن الممرضة يجب أن تختار الطرق التي تمكنها من المساعدة والمشاركة في علاج المريض، وربما في غيره الخاص. كما يجب أن تشعره بالأطمئنان نحو المستشفى ومن بها من أطباء وممرضات ومساعدين، وأنه يبين أهله وأخوته وأسرته.

ينبغي أن تنتبه الممرضة إلى عدد من الأمور في هذا الصدد:

١ - يلاحظ أن المريض المرتبك يتغير بين العوامل المريحة له والعوامل التي تفضبه فيجب على الممرضة أن تقبل هذا الموقف بدون أحداث أي رد فعل على المريض

٢ - كل شخص يشعر بخيبة الأمل عندما لا تشبع احتياجاته، أو يكون عاجزاً عن الاتصال، وهنا على الممرضة مشاركته ومحاادثته.

٣ - هناك القليل من النقاط المتوقعة لكي يفهم المريض - وينفذ التعليمات الموجهة إليه، فاللغة المستخدمة يجب أن تكون بسيطة. وليست بصوت امر.

٤ - عندما يكون المريض فاقد الوعي - وغير مدرك لحالته فهذا يخلق موقف مخيف له، ولهذا يجب أن تكون الممرضة بجانبه حتى يتحسن.

٥ - كبار السن الذين يكونون غير مدركين لما يدور حولهم - فعلى الممرضة ملاحظتهم لكي تمنع حدوث أي حادث لهم - وعليها هي فهم إشاراتهم وتعبيراتهم.

ثالثاً : التفرد بين المرضى في خصائصهم :

يتميز المرضى في خصائصهم الشخصية تمايزاً كاملاً، فلا يوجد مريضين يتشابهان في تلك الخصائص تشابهاً كاملاً. وتلك الخصائص هي كالآتي :

- ١- المميزات الأساسية : (العمر، الجنس، الحالة الجسمية، الخصائص المميزة للشخصية).
- ٢- الحالة العاطفية.
- ٣- المستوى الاجتماعي الاقتصادي.
- ٤- الأسس الدينية والثقافية والعرقية.
- ١ - المميزات الأساسية:

يلاحظ أن كل فرد ينتظم تكوينه عدد من الخصائص المميزة مثل: عمره، جنسه، مظهره الخارجي، ذكائه وقدراته العقلية، سماته الشخصية، اتجاهاته، ميوله، دوافعه، فكرته عن نفسه، مستواه الاجتماعي والاقتصادي والثقافي... إلخ. وكل هذه الخصائص تشكل شخصية الفرد - وتحدد السلوك الصادر عنها إزاء مواقف الحياة المختلفة أيًا كانت.

أ - العمر: لاشك أن العمر يعكس الخبرة المكتسبة، والخبرة أو عدمها من الممكن أن تؤثر بالإيجاب أو بالسلب على المريض - وعلى مدى استجابته للعلاج. ومثال ذلك فالطفل الصغير لديه تخوف من المستشفى، وهذا التخوف يملك تفكيره وسيطر عليه بعكس الطفل الأصغر سنًا والذي يخاف من شيء مجهول، وعلى الجانب الآخر فإن كثيرين من الأشخاص كبار السن يقاومون فكرة العلاج وذلك بسبب اعتقادهم أن المستشفيات هي أماكن للموت فقط. كما يلاحظ أن الأشخاص الكبار في السن لديهم استجابات مختلفة للخدمات الطبية تختلف عن المرضى صغار السن، ومعنى ذلك أن المريض المتقدم في السن ينظر إلى العناية الطبية على أنها عملية تطبيقية أكثر منها شخصية كما عند المرضى صغار السن.

وتأثير الخبرة على استجابات المريض ليست محدودة بخبراته في المرض أو في العناية الطبية، فاستجابات المريض يمكن أن تعكس خبرات أخرى في حياته شكلت شخصيته، فالمرأة في حياتها خبرات جعلتها

أكثر استقلالاً، لها رأيها الخاص بها، هذه المرأة من الممكن أن تأبى العناية الطبية أكثر من المرضى الآخرين، وعلى الجانب الآخر فالفتاة المراهقة التى اعتنى بها والديها واحتفظوا بها فى المنزل منذ ميلادها من السهل أن تكيف نفسها مع بيئة المستشفى.

(ب) الجنس: للجنس تأثير أقل على الاستجابة للعناية الطبية أكثر من العوامل الأخرى ومثال ذلك: الرجل المعتر بذاته لدرجة كبيرة والذي يعتقد أن الخضوع لأوامر المستشفى، وارتداء رداؤها أو قميص المرض إهانة لذاته فإنه ينظر إلى العناية الطبية بطريقة تختلف عن حالة ربة البيت المجهدة والتي تجد راحة فى الذهاب إلى المستشفى لتضع طفلها، وكل هذه أمور تؤثر فى استجابة المريض للعناية الطبية التى تقدم إليه.

(ج) الحالة الجسمية: من الواضح أن الحالة الجسمية للمريض يمكن أن تؤثر على استجابته لبيئة المستشفى - وللعالج والطبيب المعالج أيضاً، فالمريض الذى يعالج من أمراض حميدة (خفيفة) يتجاوب بطريقة تختلف عن شخص يعيش الحياة بطريقة معقدة، وهنا يلاحظ أن المريض الأقل تعقيداً فى حياته من الممكن أن يصاب بالإحباط أو يصاب بالملل ولكنه يتعاون بشدة مع الطبيب المعالج لأنه يشعر أن حالته أفضل من المريض الآخر والذي يجلس معه فى نفس الحجرة.

ولقد أوضحت الدراسات أنه كلما كان المريض أكثر فهماً وإدراكاً لحالته المرضية كلما كان أكثر تعاوناً مع الخدمات الطبية والعلاجية المقدمة له.

أيضاً يمكن أن يؤثر كل من عاملى: التغذية، والإقامة الكاملة فى المستشفى على المريض وحالته النفسية.

(د) الخصائص المميزة للشخصية: ينتظم شخصية المرضى مكونات عقلية ومزاجية يمكن أن تؤثر ليس فقط على تقبل المريض العنيد والمتشبت برأيه

لبيئة المستشفى والعلاج وإنما من الممكن أن تحول دون شفائه، مثال ذلك نجد أن الشخص العنيد المتمسك برأيه يتحدى الطبيب لأنه يريد أن يسيطر على الموقف ويتحكم فيما يحدث له، وهنا نجد أن استجابته تكون رفض العلاج أو عدم تناوله لأنه يريد أن يفعل بعض الأشياء بطريقته الخاصة، والتي ستؤدى به فى النهاية إلى الموت، والأصعب من المريض العنيد هو المريض السلبي التهجى، وهذا المريض يتصنع أنه يتعاون مع الطبيب لأنه لا يريد أن يكون عدوانياً بشكل ظاهر كما يتجنب فى داخله عمل ما هو مطلوب منه ليحتفظ بقوانين التغذية الطبية الموضوعة له وفى غالب الوقت لا يدرك الطبيب المعالج المشاكل الحقيقية التى يعانى منها المريض بسبب عدم تعبيره عنها بالكلام أو التمثيل.

وبعد القلق العصبى من سمات الشخصية والذي يؤثر على كل من استجابة المريض للعلاج وقدرة الطبيب المعالج على التقدم بالعلاج.

٢ - الحالة العاطفية :

يأتى المريض إلى المستشفى ومعه خبراته الانفعالية والعاطفية ولذلك فإن الخبرة التى يكتسبها أثناء وجوده فى المستشفى ستصنع بأسلوب حياته وعلاقاته الشخصية وغرامياته العاطفية، كما ستصنع أيضاً بكمية الوقت الذى سيستغرقه فى التفكير فى هذه الجوانب أثناء فترة علاجه - وهذا كله يمكن أن يؤثر على استجابة المريض لبيئة المستشفى وظروفها - واستجابته لمن حوله من الأشخاص الذين يعتنون به.

(٣) المستوى الاجتماعى الاقتصادى:

وهو عامل يؤثر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة على المريض فهو لا يؤثر فقط على فهم المريض وتوقعاته بالنسبة للعناية العلاجية فى المستشفى، بل إنه يؤثر على موقفه إزاء الطبيب الذى يقوم بعلاجه.

وقد وجد أن الأشخاص الذين ينتمون إلى مستوى اجتماعى اقتصادى

عالي أو متوسط يكونون أقل استعداداً لتلقى العلاج فكثير منهم متعلمون تعليماً عالياً ولديهم كثير من المعرفة وإن كان هذا التعليم وتلك المعرفة متعارضين والبرامج العلاجية السليمة والمناسبة، فكثير ما يطلب هؤلاء الأشخاص أو يتوقعون خدمات طبية أكثر من التي تقدم لهم بينما من ناحية أخرى نجد أن العامل البسيط. والأشخاص الذين ينتمون إلى مستوى اجتماعي اقتصادي أدنى يكونون أكثر استعداداً لتلقى العناية الطبية وفعاليتها.

وقد أوضحت بعض الدراسات أن الأشخاص من المستويات الاجتماعية الاقتصادية الأدنى عادة ما يكونون سريعي التأثير بالقصص التي تثار حول المستشفيات السيئة والعلاج السيء وكذلك القصص التي تدور حول المعجزات وفعاليتها.

كذلك أثبتت الأبحاث التي أجريت عامي ١٩٦٠، ١٩٧٠ أن الأفراد الذين ينتمون إلى مستوى اجتماعي اقتصادي أقل من المستوى الاجتماعي الاقتصادي لمجموعة أخرى - لا يعيروا أى اهتمام إلى استخدام المصادر الطبية بالرغم من إحساسهم بالألم والقلق.

وقد انتهت دراسة أجريت عام ١٩٧٠ إلى أن معدل المصابين بأمراض الوهم (توهم المرض) أصبح أكثر انتشاراً بين الأفراد الذين ينتمون إلى المستويات الاجتماعية الاقتصادية السفلى عنه في المستويات الأخرى، وهؤلاء الأفراد المنتمون إلى المستويات الدنيا أصبح المرض متفشياً فيهم بسبب عجزهم عن الحصول على الخدمة الطبية المناسبة، وتبعاً لذلك اكتشف أن هؤلاء الأفراد بطبيعة الحال لديهم الرغبة في استشارة أشخاص ليس لهم أى علاقة بالطب وطلب النصيحة الطبية منهم أكثر من الأفراد في المستويات الأخرى. وعلى ذلك فإننا نجد أن الرعاية التي يجب أن يلقاها المريض وثيقة الصلة بمستواه الاجتماعي الاقتصادي، وقد لوحظ على سبيل المثال أن

الشخص الذى يعانى من الحرمان لا ينتظر الكثير من الرعاية فى المستشفى ولا يأخذ على عاتقه جدية رعاية نفسه والإشراف على علاجها.

وبالتعرف على تكلفة الرعاية وجد أن الأشخاص الذين ينتمون إلى جماعات اجتماعية اقتصادية متوسطة يكون اهتمامهم بالتكلفة أكثر من غيرهم من الجماعات الأدنى، ونجد أن أفراد هذه المجموعات حينما يريدون أن يكونوا بعيلدين عن مشاكل أسرهم فإنهم يذهبون إلى المستشفيات للاستجمام. أما بالنسبة للأفراد ذات المستوى الاجتماعى الاقتصادى المرتفع فنجد أنهم لا يعيرون أى اهتمام لتكلفة الرعاية التى يجدها. ولذلك نجد أن الأغنياء يبنون المرضى تقدم لهم الرعاية الطبية الكاملة مقابل التأمين الذى يسدونه، بينما المرضى المتوسطين فى مستواهم فإنهم يحظون بالرعاية الصحية وذلك بواسطة المؤسسات العلاجية العامة.

٤ - الأسس الدينية - والثقافية والعرقية:

لهذه الأسس تأثيرات واضحة على المرضى، وبخاصة القادرين منهم - بحيث يمكن أن يكون لها تأثير على كل شىء بدءاً من متطلبات التغذية ووصولاً إلى تقبل المرض والسعى وراء الشفاء.

(أ) المعتقدات الدينية:

يلاحظ أن الدراسات التى تناولت العلاقة بين الدين والرعاية الطبية أو العلاجية قد ركزت على الدين المسيحى على وجه الخصوص، ويلاحظ أن تلك المعتقدات ينعكس أثرها فى رفض أو قبول العلاج فهو حق منطقي لأى فرد ونجد أن السلطات القضائية فى بعض الدول قد أيدت بعض المستشفيات التى كانت تتعرض لبعض المواقف الحرجة فى بعض الأحيان فى رفض الرعاية الطبية.

ومن الممكن أن تصبح للأسس الثقافية والعرقية الأثر الكبير على قبول واستجابة الإنسان للرعاية الطبية أو العلاجية، وهنا نجد الإشارة إلى أن يوم

المرض وتفسير أسبابه والجوانب المختلفة تجاه تلك الرعاية تتنوع تبعاً للجماعات العرقية والثقافية وأيضاً الشعبية.

(ب) بعض الاستجابات والأحاسيس المشتركة:

بالرغم من اختلاف المرضى كأشخاص فهم يشتركون فى الاستجابات والأحاسيس - كالأحاساس بالانفصال والعزلة فى المستشفى وعدم الاستقلال أو التبعية، والقلق المصاحب لحالتهم الصحية، والعجز الواضح نتيجة المرض، كل ذلك يكون له تأثيره على أسلوب حياة المريض المستقبلية.

(ج) الانفصال والعزلة:

يشكل الشعور بالانفصال والعزلة أهم المشاكل حتى بالنسبة إلى الشخص السليم والمقيم فى منزله فهما من أصعب الأحاسيس التى يشعر بها المريض إن كان مدركاً لحالته أم غير مدرك. ويلزم الشعور بالانفصال المريض نتيجة بعده عن أسرته وأصدقائه لفترة يكون فى أشد الاحتياج فيها إلى الحب والمساعدة، وقد اكتشف أن المريض يشعر بالراحة إذا رأى الوجوه المعتادة لديه. وكذلك الأشياء المألوفة عنده وقد حاولت بعض المستشفيات الأمريكية خفض وطأة الإحساس بالوحدة والانفصال، ومثل هذه المحاولات تلك التى أجريت على الخدمات المصاحبة لعملية الولادة.

(د) الإحساس بالأمان فى المنزل:

يشعر الإنسان أو المريض بقيمة الإحساس بالأمان داخل الأسرة - ويشعر أكثر بقيمته لو فقدته حتى لو كان مؤقتاً. والمريض عندما يأتى إلى المستشفى حتى ولو كانت مليئة بكل أساليب الراحة فإن المريض يحس أنها غريبة عليه ويحتاج إلى فترة يتكيف معها كبيئة وكأشخاص.

(هـ) الروتين المعتاد (المألوف):

يشعر الإنسان بالأمان عند القيام بالنشاط الروتينى اليومى والذى

يتضمن القيام ببعض الأشياء البسيطة مثل قراءة الصحف فى الصباح كما يتضمن أشياء مهمة مثل العمل من أجل كسب الرزق. السيدة التى لديها نظام معين فى حياتها كالاستيقاظ المبكر وتناول الإفطار وتوصيل الأطفال للمدرسة ثم الذهاب إلى عملها، غالباً ما تشعر بعد قضاء فترة معينة من العلاج فى المستشفى بالملل وعدم الراحة والقلق - خاصة إذا كانت حالتها مئوس منها، وحياتها مهددة، ومهما كانت حالة المريض فإن حالته مع الشعور بالانفصال عن العائلة والأصدقاء - والبيئة المألوفة لديه - والإحساس بالراحة والأمان فى بيئة يمارس فيها نشاطه الروتينى اليومى، فإن ذلك يؤدى إلى تأثير سلبى على مفهوم المريض لبيئة المستشفى التى يتلقى فيها العلاج، مما قد ينعكس أثره على علاجه فيؤخره أو يعوقه.

(و) القلق على الصحة:

إن الشعور بالاستياء والخوف يجعل من عمل الطبيب المعالج مهمة صعبة جداً، فإن أهم ما يقلق المريض ويشغل باله هو القلق على سلامته وتلبية احتياجاته، ويكاد يشترك جميع المرضى فى الشعور بالقلق على حالتهم الصحية وأسباب العلاج، ومدى الاضطراب إلى تغيير أسلوب حياتهم فى المستقبل البعيد، ولاحظ أن الأشياء التى تقلق راحة المريض لا تؤثر فقط على استجابته للرعاية العلاجية وإنما تؤثر أيضاً على سرعة تماثله للشفاء، وفهم هذه الأشياء - ومحاولة تقديم الرعاية العاطفية للمريض يمكن أن تكمل الصورة، بحيث يستطيع التفاعل مع المرضى الآخرين وهذا من أهم الأشياء بالنسبة للمريض وتقدمه للشفاء.

ويهتم المريض بجودة المعلومات التى يتقبلها، والطريقة التى تقدم بها هذه المعلومات، وغالباً ما يهتم القائمون على علاج المرضى بكيفية علاج المرضى أكثر من اهتمامهم بالاتصال الذى يحدث عن طريق العلاج. ونقص المعلومات يعد هو بالإضافة إلى عملية الاتصال بين المريض والطبيب يمكن أن يكون لهما كبير الأثر على الحالة النفسية للمريض مما قد يؤثر فى - وجه

ويؤخر شفائه، كذلك من الأمور التي تشغل تفكير المرضى أثناء فترة العلاج تلك التي تشمل البعد عن الوظيفة لمدة المرض - والتي قد تطول - والالتزامات المادية والتأمين والمسئوليات المنزلية.

رابعاً - حقوق المريض ومسئوليته

مهما كانت الاختلافات والتشابهات بين المرضى - فإن لهم بعض الحقوق وعليهم مسئوليات :

أولاً - الحقوق:

الحقوق هي شئ مكتسب للمريض، تتمثل في الرعاية الطبية، العلاج، الاحترام والتقدير، الحق في رفض أو قبول العلاج، وحق خصوصية المريض في شئونه، وحق المريض في إجابة كل طلباته وتحقيق كل رغباته بطريقة جيدة، وهنا يلاحظ أن الممرضات وبعض القائمين على العلاج ليس لهم السلطة في توفير هذه الحقوق فإن عليهم أن يقدروا هذه الحقوق جيداً وخاصة تلك التي ترتبط بإمداد المرضى بالرعاية الطبية، مع عدم تجاهل باقى الحقوق ولكن في حدود قوانين المستشفى.

ثانياً - المسئوليات:

مع حقوق المريض فعليه أيضاً مسئوليات. ويلاحظ أن المسئولية الكبرى للمريض هي في أن يتمثل للشفاء وبسهولة، فالمريض يقبوله العلاج فهو يشارك في إتمام خطة العلاج التي وضعت من أجله، وهذا التعاون يتمثل في تناول الدواء الموصوف له ونظام التغذية والمتطلبات الأخرى، وتقبل المسئوليات الناجمة عن القرارات التي يتخذها وتجنب تلك الأفعال المهددة للنفس، وقد حددت بعض المستشفيات مسئوليات المريض وأشارت إلى أنها تتركز فيما يلي:

١ - إمداد المريض بالمعلومات عن الحالة العامة له والطريقة المستخدمة لشفائه.

- ٢ - قبول مسئوليته عن رفض العلاج.
- ٣ - اتباع قوانين وأنظمة المستشفى.
- ٤ - أن يكون مقدر ومحترم لحقوق المرضى الآخرين - والقائمين على رعايته.

دور المرض فى شخصية المريض وسلوكه:

أوضح بعض علماء الاجتماع فى الأعوام الأخيرة ما يعنى بدور المرض. والذى يمكن أن يشكل بعض السلوك المنحرف. وبالرغم من الجدل الذى أثير حول هذا المفهوم ومساهمته فى فهمنا لسلوك المرضى فإنه من المفيد أن يناقش هذا المفهوم باختصار. فقد أوضح Parson أنه لكى يطلق على الشخص أنه مريض فإننا ننظر إليه من خلال :

١ - يستثنى من بعض الأنشطة الاجتماعية - ومطلوب أن ينسحب من بعض الأنشطة.

٢ - يكون غير قادر على الشعور بقوة الإرادة ولذلك لا يمكن الاعتماد عليه.

٣ - يتوقع منه أن يعتبر مرضه شىء غير مرغوب فيه.

٤ - يلتزم أن يبحث عن مساعده، ويشارك مع القائمين على علاجه - كما يتمثل للشفاء.

وقد أوضح العلماء أن حقوق المريض غالباً ما تكون معدودة لأنهم معتمدين على قبول وأداء التزاماتهم، فالفرد لا يستمر على حال واحد وهو حرمانه من ممارسة الأنشطة الطبيعية ككل كائن حى، كما لن يستمر ينظر إليه على أنه شخص يستحق المساعدة إذا لم يكن لديه الرغبة فى أن يتمثل للشفاء ويبحث عن العلاج الملائم له.

وقد ساعد مفهوم «دور المرض» على فهم السلوك أثناء المرض، فقد أوضح كل من Twaddle, Hessler أن فهم السلوك أثناء المرض يقودنا إلى

ما وراء هذا المفهوم، وهذا يتطلب فهم عملية اتخاذ القرارات واغتنام الفرص... وهذا كله يؤثر في عملية التفاعل الاجتماعي للمريض.

رأينا فيما سبق أن كل مريض يتميز وينفرد في خصائصه الأساسية الشخصية والاجتماعية والثقافية والخلقية... إلخ. وبالرغم من هذا التمايز والتفرد الذي يتميز بها كل مريض عن الآخر فإنهم يشتركون في عدد من المشاعر والاستجابة للعلاج والرعاية الطبية.

ومهما كانت الاختلافات والتشابهات بين المرضى فإن لهم احتياجات وحقوق، وهي أمور ترتبط بالرعاية الطبية التي توجه إلى المرضى. وإذا كان للمريض حقوق فإن عليه مسؤوليات في المستشفى تجاه ذاته وتجاه الآخرين وتجاه المستشفى التي يقيم فيها.

الفصل الرابع

الاضطراب العقلي - أسبابه وتصنيفاته

وأنماطه وكيفية علاجه

- تمهيد.
- أسباب الإصابة بالأمراض العقلية.
- تصنيف الأمراض النفسية.
- النمط التمريضى للعناية بالمريض العقلي.
- الوجوه المختلفة للخدمة النفسية المقارنة.
- المبادئ المنظمة لفريق العمل بمستشفيات الأمراض العقلية.

الفصل الرابع الاضطراب العقلي أسبابه وتصنيفاته وأنماطه وكيفية علاجه

تمهيد:

يعد الاضطراب العقلي Mental Disorder مصطلح عام، ويعرف في مجال الصحة النفسية Mental Health طبقاً لتعديل ١٩٨٢ ليشمل:

- أ - الأمراض العقلية. a. Mental illness.
- ب - الاضطراب السيکوباتى b. Psychopathic disorder.
- ج - الإعاقة العقلية. c. Mental handicap.
- د - الإعاقة العقلية الشديدة d. Severe mental handicap.

وهذا الفصل كتب بصفة خاصة لطالبات التمريض وغيرهم وذلك بهدف الإسهام فى تدريبهن بصفة خاصة على رعاية المرضى العقليين Men-ally ill، فهو يهدف إلى إعطائهن الاستبصار بمشاكل الخبرة بأولئك الأفراد المرضى عقلياً، بالإضافة إلى تبيان دورها فى تعزيز شفاء الحالة، كما يهدف إلى تسهيل توافق المتعلمة (طالبة التمريض) وتسهيل انتقالها من بيئة المستشفيات العامة إلى بيئة مختلفة تماماً هى مستشفى الأمراض العقلية Psychiatric Hospital

ويتعلق التدريب العام للممرضة النفسية Psychiatric Nurse^(١)، وطالبة التمريض على تعزيز الصحة النفسية ومنع اضطرابها، فى ذات الوقت الذى تقدم فيه الرعاية للشخص الذى يعانى من اضطراب عقلى فى أى شكل من أشكاله، والحقيقة أن هدف تقديم الخبرة فى رعاية المرضى العقليين ورفاهيتهم من خلال برامج التدريب العام هو جعل الممرضة قادرة على استخدام مهاراتها فى العلاقات الشخصية، ملاحظاتها، مهارات

(١) تم ترجمة كلمتى Psychiatric Nurse إلى ممرضة نفسية.

الاتصال لديها، قدرتها على التعاطف، خبراتها المكتسبة من خلال التدريب العلمى - والنظري، والتأكيد هنا يكون خاصة على تنمية مهارات الاتصال غير اللفظية لديها Nonverbal skills وخلال هذه الخبرة فإن طالبة التمريض سوف تقضى معظم وقتها مشاركة فى أنشطة المعيشة اليومية لكل من مرضاها وعملائها، وهذا يعنى أنها سوف تفعل القليل لهم وتشاركهم أكبر مما تفعله الممرضة العامة، وهنا نجد أن النتيجة هى أن دورها سيكون أكثر انفعالية أو تعاطفاً مع أولئك المرضى مع عبئ قليل فى العمل العضلى، ويمكن أن تشعر أنها أصبحت سريعة التأثير، حساسة Vulnerable دون اعتبار للزى الخاص بها. هذا إذا كانت هذه هى سياسة الوحدة العلاجية التى تعمل بها.

سوف تلعب الممرضة، وتعمل مع مرضاها، وتكون حساسة للتغير فى مستويات التوتر النفسى Tension Levels، وكذلك التغير فى أى مؤشر لحاجات التغير، والسلوك خلال هذا التدريب فسوف تكون الممرضة قادرة على اكتساب الاستبصار بمشاكل الخبرة بالمرضى العقلين، وبدورها كممرضة نفسية، وكذا دورها ضمن بقية أفراد الفريق العلاجى الذى يعملون معاً فى تعزيز العلاج من تعزيز الصحة النفسية للمرضى والعملاء.

ويلاحظ أنه من الصعب التفرقة بين الأمراض العضوية والعقلية Phys- ical & Mental Ill. وذلك بسبب العلاقة الدقيقة بين البدن والعقل، فلاشك أن اضطراب أحدهما يؤثر فى الآخر، وتقتصر Clare أن مفهوم الأمراض العقلية Mental Illness يسمح بعدد مذهب من التفسيرات، ففى الأمراض العقلية يكون هناك اضطراب فى شخصية الفرد ينعكس بالضرورة على سلوكه. فالسلوك دالة للشخصية أو نتاج لها، فالسلوك المضطرب عادة ما يمنع الشخص أو يعوقه عن تحقيق وظائفه السوية، ويجعله عاجزاً (غير قادر) على عقد علاقات اجتماعية راضية ومرضية بينه وبين من يعيش معهم ويلاحظ أن الشخص المضطرب عقلياً قد يظهر أنه يسلك بشكل سدى

تماماً، وذلك فى ضوء تصور أقاربه أو أحد أصدقائه، ولكن عندما تتعرف الممرضة على ذلك وتدرى أن هذا النمط من السلوك هو سلوك مضطرب ينحرف عن السواء يمكن لها أن تتعامل معه بشكل جيد، وقد نجد طالبة التمريض أن سلوك المريض يكون أقل فى إمكانية التنبؤ به خاصة عندما يكون المريض عقلياً.

ولقد تغيرت أساليب علاج ورعاية المرضى العقليين عبر السنوات الماضية تغيراً كبيراً وهذا يعكس فى جانب منه الأساليب المتغيرة المستخدمة فى علاج المرضى العقليين.

ويمكن للرعاية الأمينة التى تقدم فى مستشفيات الأمراض العقلية الكبيرة أن تستبدل بالرعاية فى منزل الشخص ذاته أو فى وحدات سيكايترية (نفسية) فى المستشفيات العامة، فى فنادق، وفى وحدات يومية day units، تماماً كما فى مستشفيات الأمراض العقلية. وتعطى الرعاية الأمينة الطريق للعلاجات الدينامية Dynamic therapies والعلاج بواسطة فريق الرعاية الصحية Health care team التى يكون فيها المريض مشاركاً نشطاً، وتكون فيها الممرضة النفسية أهم عضو فيه.

وعندما يستجيب المريض للعلاج بالعقاقير كعقار Tranquilliser فإن ذلك معناه أن المريض يمكن أن يشفى أو أن أعراضه يمكن السيطرة عليها تماماً، ومن ثم يستطيع أن يرجع مرة أخرى إلى المجتمع.

أسباب الإصابة بالأمراض العقلية:

تتعدد العوامل التى تؤدى إلى الإصابة بالأمراض العقلية بحيث نجد أن بعضها يكون عوامل عضوية، والأخرى عوامل خارجية عن الفرد، وفى كثير من الأحيان فإن علة الإصابة المرض العقلى تكون متعددة العوامل Multi-factoral تؤثر فى أى فرد. ومن هذه العوامل: الوراثة، الاضطرابات العضوية، الاضطرابات البيوكيميائية، الضغوط الاجتماعية، العلاقات العائلية، العمر،

الجنس، السلالة، الطبقة الاجتماعية... إلخ، ومزيد من الشرح لكل من هذه العوامل فيما يلي:

(أ) الوراثة Heredity

هناك بعض الأدلة على أن بعض أنماط الأمراض العقلية يمكن أن تكون وراثية. وعلى سبيل المثال، بعض أشكال الفصام Schizophrenia. فقد أفادت دراسات التوائم أن نسبة الإصابة بهذا المرض فى التوائم الصنوية -Identical Twins تصل إلى ٤٠٪، وفى غير التوائم الصنوية (الأخوية) -Non-identical Twins تصل نسبة الإصابة به إلى ١٠٪ فقط، وتكون نسبة الإصابة أعلى إذا كان المريضان من نفس الجنس.

(ب) الاضطرابات العضوية Organic Disorders :

ومنهما اضطراب وظائف خلايا المخ Brain Cell Function، وينشأ هذا الاضطراب نتيجة الإفراط فى الكحوليات، وغيرها من السموم، تعاطى المخدرات، أورام المخ، إصابات الرأس، العدوى، نقص الأوكسجين، عدم التوازن فى سوائل الجسم والأيونات Electrolytes وفى بعض الأحيان يكون السبب فى اضطراب وظائف خلايا المخ غير معروف.

كذلك تصبح الشرايين الدماغية صعبة وضعيفة بحيث ينشأ عن ذلك ترسيب الدهون على جدرانها، مما يعرقل تدفق الدم خلالها، ومن هنا تضطرب وظائف خلايا الدماغ، وعلى هذا فإذا لم تعرف العلة Cause وتعالج بشكل سريع فإن الإنسان يمكن أن يتوفى ويكون السبب ملامح فى زملة اضطرابات عضوية بالمشخ أو خبل Organic Brain Syndrome or Dementia.

(ج) الاضطرابات البيوكيميائية Biochemical Disturbance :

من المقبول عامة أن بعض الأمراض العقلية يمكن أن ترجع فى جزء

منها إلى اضطرابات في كيمياء البدن Body Chemistry، فالإكتئاب De-pression على سبيل المثال يمكن أن يعقب الولادة Childbirth، أو قد يكون مصاحباً لسن اليأس أو (انقطاع الطمث Menopause)، وذلك عندما تضطرب مستويات الهرمونات في جسم المرأة.

ومن الصعب أحياناً أن نقيم ما إذا كان الاكتئاب راجعاً إلى تغيرات في مستويات الهرمونات في الدم، أو كان الشخص قد اكتسب بسبب وصوله إلى سن اليأس أو الولادة، ومن المؤلم أن الحالات التي تعاني من أمراض اكتئاب شديدة ودائمة يمكن أن تعزى إلى أمراض عضوية وعلى سبيل المثال: الأنفلونزا، الحمى، الإصابة البسيطة بالرأس، مع عدم وجود دلالة لاضطراب عضوي في قشرة الدماغ.

ويتضح أن بعض الأفراد الذين يعانون من أعراض اكتئابية لديهم بعض القصور في مادة خاصة بالدماغ وهي مادة Serotonin، ويمكن أن يعد الاضطراب في الصوديوم والماء أحد العوامل التي تسبب الأمراض العقلية حيث تكون الحالة المزاجية Mood خاصة متأثرة بهذا الاضطراب كما في حالات الهوس Mania والاكتئاب Depression. وتعطى عقاقير Drugs لعلاج الاضطرابات البيوكيميائية للجسم كجزء من العلاج الكلى للفرد.

(د) الضغوط الاجتماعية Social Pressures :

من الناس من يتعامل مع مواقف الانعصاب Stresses التي تغشى حياتهم اليومية ويتكيفون وإياها، وآخرون يحتاجون إلى مساعدة، بينما نجد أن فريقاً ثالثاً يمكن أن يسقطوا فريسة تلك المواقف ذلك أنها قد تفوق طاقتهم وتحملهم، ويؤدي هذا بهم إلى إصابتهم بالمرض العقلي.

ويشير كثير من الباحثين إلى أن المعوقات التي تقابل الفرد يمكن أن تشكل مطالب توافقية أو انعصاب - تحتاج من الفرد إلى جهود زائدة وتغير في نشاطه إذا ما أراد أن يتغلب على هذه المعوقات ويواجه حاجاته ومطالبه.

وعندما يكون الانعصاب زائدا فإنه يستنفد قوانا، ويؤدى إلى تدمير الوظائف المتكاملة لشخصياتنا.

والانعصاب هو قوة مادية واقعة على الكائن تكفى لأن تسبب له توترا أو انعكاسا فى شخصيته وعندما تكون هذه القوة المؤثرة كبيرة فإن تأثيرها على شخصية الفرد يكون بنفس القدر، وقد يعرف البعض الانعصاب بأنه ضغط انفعالى غير سار يخبره الفرد فى استجاباته للاجباطات التى يتعرض لها فى بيئته، وقد يعمم بعض العلماء هذا المصطلح ليشمل كل الظروف التى تواجه الكائن (أو تعترض إشباع دوافعه وإرضاء حاجاته) وتتطلب استجابات توافقية مساوية لها.

والانعصاب درجات: البسيط منه عادة ما يسمى شدا بسيطا وهو اصطلاح مرادف للتوتر النفسى، ويعنى شعور عام باختلال الاتزان والاستعداد لتغيير السلوك لمواجهة عامل يهددنا فى موقفنا، ولدى الفرد مصادر الضخمة لكى يستجيب لهذه التوترات وإن كان لا يشعر بتلك المصادر.

أما الانعصاب العنيف الذى ينشأ عن مطالب توافقية صعبة جدا فإنها تكون سببا لشدة عنيف قد تنهار على أثرها مقومات التوافق لدى الفرد وتؤدى إلى انهيار وظائفه المتكاملة، ومن ثم يصبح معرضا للإصابة بالمرض العقلى أو النفسى.

والانعصاب يمكن أن يحدث على المستوى البيولوجى أو السوسولوجى ويظهر فى سلوك الفرد ودفاعاته، فاضطراب غدة ما كالغدة الدرقية يمكن أن ينشأ عنه شد أو توتر على المستوى البيولوجى، وجسم الإنسان وهو مزود بخلايا ودفاعات مانعة للجسم ضد الأمراض تكفل له إعادة توافقه مرة أخرى، وقد يوجد هذا الشد على المستوى السيكولوجى كتعرض الإنسان لمشاعر الذنب، وهناك الآليات السيكولوجية اللازمة والمتضمنة للأنا، تكفل خفض التوترات وحماية الذات من الانهيار، وقد يحدث الانعصاب على

المستوى الاجتماعى كما فى حالات الكساد الاقتصادى أو الحروب - وهى أمثلة لمواقف تتطلب توافق كل من الفرد والمجتمع كوحدة واحدة.

ويجب الأخذ فى الاعتبار أن الفشل فى أى من مستويات التوافق السابقة يضعف توافقنا فى المستويات الأخرى.

(هـ) العلاقات العائلية Family Relationships:

تنمو العلاقات العائلية وتتحدد فى مستويات التكوين الأولى، وهذه العلاقات تساعد الطفل على تكوين أنماط استجاباته تجاه الآخرين فى مستويات حياته التالية، فالطفل الذى ينعم بالحب والدفع فى علاقاته العائلية فى سنوات حياته الأولى من المحتمل أن ينمو أمناً فى علاقاته الاجتماعية مع الآخرين، وفى أحيان أخرى فإن أعضاء آخرين من العائلة قد يلومون طفلهم على ما يشيرون به من مشاكل تظهر فى محيط الجماعة ويوبخونه، وهنا قد يكون الطفل بمثابة كبش الفداء (Scapegoat) لمشاكل أسرته، وهنا فإذا لم يستطع الطفل أن يتعامل مع هذا الموقف فإنه من الممكن أن ينسحب إلى عالم وهمى متخيل ومن ثم يمكن أن يظهر سلوكه المضطرب هذا بشكل أو بآخر.

كما يلاحظ أن الطفل الذى يختلط عليه الأمر فى علاقته بأمه. ذلك أنها تقول له دائماً أنها تحبه ولكن أبداً لا تبين أو تكشف عن شعورها هذا بحب الطفل بالتدليل أو الملامسة أو التقبيل... إلخ. هذه وغيرها علاقات تغشى علاقة الطفل بوالديه وتؤدى إلى اضطرابه.

(و) عوامل أخرى :

العمر Age:

يلاحظ أن بعض الأمراض يكون أكثر شيوعاً فى سن معينة ومثال على ذلك : زملة أعراض اضطرابات المخ العضوية لدى كبار السن Organic Brain Syndrome وهناك فترات فى نمط حياة الإنسان يكون فيها معرضاً

للإصابة بالأمراض العضوية مثال ذلك عند التقاعد Retirement عن العمل - في هذه الحالة يمكن أن يحدث الاكتئاب الاستجابي - Reactive Depression.

الجنس Sex:

بالنظر إلى معدلات الإناث المصابات بالاضطرابات الوجدانية Affective Disorders في المستشفيات نجد أن مرض الاكتئاب عادة ما يكون بنسبة ثلاثة للإناث إلى اثنين للذكور.

السلالة Race:

يبدو أن بعض السلالات تكون أكثر استهدافاً لأمراض عقلية خاصة مثال ذلك - يقال أن اضطراب الهوس الاكتئابي Manic Depressive أكثر انتشاراً بين أفراد من سلالة اليهود Jewish.

الطبقة الاجتماعية Social Class:

يظهر أن بعض أشكال الأمراض العقلية أكثر انتشاراً في طبقات اجتماعية خاصة، مثال ذلك مرض الفصام Schizophrenia يكون أكثر انتشاراً لدى الأفراد الذين يعملون في أعمال تتشابه مهاراتهم أو مهارات غيرهم، وتفسير ذلك أن طبيعة هذا المرض قد يدفع به إلى الانهيار في طبقة اجتماعية.

تصنيف الأمراض النفسية

هناك طرق متعددة لتصنيف الأمراض النفسية، ومن المهم أن نتذكر أن التصنيفات من السهل أن تتداخل فيما بينها، ثم إنه لا يوجد شيء مجرد في تلك التصنيفات، ولا يوجد أنماط فاصلة من السلوك تحدد الأعراض النوعية لكل من هذه الأمراض، وذلك بسبب أن الفرد يمكن أن يستجيب بطريقة الخاصة تجاه مواقف البيئة المختلفة ومؤثراتها.

ويلاحظ أن كثيراً من مؤلفات الطب النفسى تقسم الأمراض النفسية إما إلى عصاب (Neuroses) أو ذهان (Psychoses)، ويشير مصطلح العصاب إلى العصاب النفسى (Psychoneurosis).

ويعرف المرض النفسى (Neuroses) بأنه اضطراب وظيفى فى الشخصية يبدو فى صورة أعراض جسمية ونفسية شتى منها: القلق والوساوس، والأفكار المتسلطة والخاوف الشاذة واضطرابات جسمية وحركية وحسية متعددة، وهذا تعريف للمرض من حيث أعراضه، فإذا أردنا أن نعرفه من حيث أسبابه قلنا أنه اضطراب وظيفى ينشأ من تضافر عدة عوامل عل رأسها صراعات لا شعورية فى عهد الطفولة، أما إن أردنا أن نعرفه من حيث هدفه قلنا أنه محاولة شاذة تستهدف حل أزمة نفسية محاولة لتجنب القلق أو درته، وهى محاولة قد تفلح فى هدفها هذا بقدر قليل أو كبير، أو تكون محاولة خائبة لا تجدى فتىلاً فى خفض القلق بل تزيده شدة وإصراراً.

ويلاحظ أن مفهوم المرض النفسى قد انبسط بحيث أصبح يضم عدداً من اضطرابات الشخصية... كالانحرافات الجنسية، والأمراض الجسمية النفسية المنشأة، وكثيراً من اضطرابات الخلق، وذلك لتشابه العوامل الممهدة لها فى عهد الطفولة... ولا تسام أعراضها جميعاً بطابع القسر والإرغام. (٢٠ : ١٣٣-١٣٤).

— أما المرض العقلى (Psychoses) أو الذهان فهو اضطراب خطير فى شخصية الفرد بأسرها يبدو فى صورة اختلال شديد فى التفكير والقوى العقلية بوجه عام، كما يتميز باضطراب ملحوظ فى الحياة الانفعالية، وعجز شديد عن ضبط النفس مما يحول دون المريض ورعاية نفسه ويمنعه من التوافق الاجتماعى فى مختلف صورته : التوافق العائلى، والمهنى والدينى وغيرها.

والأمراض العقلية إما عضوية وهى ما كان لها أساس عضوى معروف

كتلف النسيج العصبى للمخ من الزهري أو المخدرات أو تصلب الشرايين
لجنون الشيخوخة، وجنون المخدرات، والشلل الجنونى العام.

أو تكون الأمراض العقلية وظيفية أى تكون العوامل النفسية جوهريّة
غالبية فى أحداثها كالفصام والذهان الدورى، أو هى الأمراض التى لا يستقيم
تفسيرها بعوامل بيولوجية وتشريحية كما يستقيم بعوامل نفسية واجتماعية
(٢٠ : ٢٠٩).

وهناك العديد من الطرق التى يمكن الاستعانة بها، تصنيف الأمراض
النفسية منها التصنيف على أساس الملامح الظاهرة والمسيطرة على الفرد
مثل:

- ١ - قصور النشاط المعرفى : فحينما تحدث إعاقة للقدرات العقلية
كالاستدلال، والإدراك والانتباه والحكم والتذكر والاتصال. وتكون
هذه الإعاقة شديدة... يمكن وصف السلوك بأنه غير سوى.
- ٢ - قصور السلوك الاجتماعى... نظراً إلى أن هناك مجموعة من التقاليد
الاجتماعية التى تنظم السلوك فى كل مجتمع فإنه حينما ينحرف
السلوك بدرجة عالية عن مستويات تلك التقاليد فمن المحتمل أن يطلق
عليه سلوك (غير سوى).
- ٣ - قصور التحكم الذاتى : على الرغم من أنه ليس لدى الأفراد مقدرة
كاملة للتحكم المطلق فى سلوكهم إلا أن البعض يمارس تحكماً ولو
بسيطاً فى سلوكه... لذا فإن الانعدام التام للتحكم فى السلوك يوصف
عاماً بأنه سلوك (غير سوى).
- ٤ - الضيق : إن مشاعر الأسى وعدم الارتياح كالقلق والغضب والحزن
كلها انفعالات سوية وحتمية ولكن التعبير عن هذه الانفعالات بطريقة
غير مناسبة تؤدى إلى المعاناة بطريقة حادة وغير مألوفة يعتقد أنها (غير
سوية) (١٩ : ٦٥٨).

وقد تصنف الأمراض النفسية وفقاً للمحكات الآتية:

١ - اضطرابات المزاج والانفعال (اضطرابات وجدانية).

Disorders of mood and emotion affective .

٢ - اضطرابات الإدراك. Disorders of Perception

٣ - اضطرابات التفكير. Disorders of Thinking

٤ - اضطرابات الذاكرة. Disorders of Memory

٥ - اضطرابات الذكاء Disorders of Intelligence

٦ - اضطرابات الحركة. Disorders of Movement

وبلاحظ أن تلك المحكات العديدة التي يستند إليها العلماء في تصنيف الأمراض النفسية يكمن فيها العديد من المشكلات منها:

١ - أنها محكات تفرق بين السواء واللاسواء من حيث درجة الاضطراب فقط، بعبارة أخرى، يقال أن الأفراد غير الأسوياء نفسياً تعثرهم إعاقة معرفية أكثر، ويتصرفون اجتماعياً بطريقة غير ملائمة كما يبدو أنهم أقل قدرة في التحكم في انفعالاتهم عن الأفراد الأسوياء ولا يتفق كل المتخصصين على التمييز بين السلوك السوى - السلوك غير السوى من حيث الدرجة فقط، حيث يعتقد الكثيرون منهم أن الفرق يكمن في الملامح النوعية بالإضافة إلى الملامح الكمية.

٢ - عندما نتحدث عن السلوك الاجتماعى الملائم فإننا نعترف ضمناً بأن التعريفات النفسية للسلوك غير السوى أمر يتوقف على الممارسات الثقافية، ومع ذلك فإن كثيراً من المستويات الاجتماعية ليست طبيعية وعامة وبعضها عفى. وهنا يصبح من الصعوبة بمكان أن نضع مستويات مطلقة في حد ذاتها.

٣ - يلاحظ غموض تلك المحكات حيث أنها لا تهدينا إلى خطوط واضحة يمكن على أساسها تقويم السلوك المضطرب، ومن هنا ينتج خلاف

كبير فى أراء كل من علماء النفس والأطباء العقليين وغيرهم من المهنيين حول تشخيص دافع الحالة العقلية لفرد معين. ونتيجة لعدم وضوح تلك المستويات فالأحكام المبنية عليها قد تكون متميزة أوقائمة على اعتبارات لا علاقة لها بالموضوع. (١٩ : ٦٥٨).

وإزاء هذه المشاكل فمن الممكن تصنيف السلوك الشاذ غير السوى بطريقة أكثر دقة فى فئة تشخيص معينة، وتعتمد معظم مؤسسات الصحة العقلية فى الولايات المتحدة على نسق الجمعية النفسية الأمريكية للطب العقلى الموضح فى كتيب بعنوان «الدليل الشخصى الإحصائى للاضطرابات العقلية (D.S.M)».

والواقع أن القوائم التشخيصية لنظام التصنيف يمدنا بمعلومات ويصبرنا بالآتى:

- ١ - أسباب المشكلة.
 - ٢ - الأساليب الملائمة للعلاج.
 - ٣ - الأعراض التى تتضح فى النهاية.
 - ٤ - النتائج المستقبلية المحتملة.
- وفى الفقرة التالية نقدم لتصنيف مستمد من دليل تشخيص الأمراض النفسية للجمعية المصرية للطب النفسى وبيانه كالآتى:

(١) الأمراض العصبية (النفسية Neurosis):

- ١ - عصاب القلق (القلق النفسى).
- ٢ - الهستيريا (النوع التحويلي - النوع الانشقاقي).
- ٣ - العصاب الرهابى.
- ٤ - العصاب القهرى الوسواسى.
- ٥ - العصاب الاكتئابى.
- ٦ - استجابة الأسى.

٧ - استجابة التوهم المرضى (العلل البدنية).

(ب) الأمراض الذهانية Psychosis:

(١) الذهان الوظيفي:

١ - الفصام.

٢ - ذهان الانبساط (المرح) الاكتئابي (أمراض الهوس والاكتئاب).

٣ - السواد الارتدادى (اكتئاب سن اليأس).

(٢) الذهان العضوى:

١ - اضطرابات الأيض (أمراض الكبد، الكلية، السكر، البورفريا).

٢ - نقص الفيتامينات (ب١، حامض النيكوتينيك، ب١٢).

٣ - أمراض الغدد الصماء.

٤ - نقص الأكسجين فى الدم.

٥ - اضطرابات الأملاح والمعادن فى الجسم.

٦ - أمراض شرايين المخ.

٧ - الأمراض المعدية والحميات.

٨ - ذهان الحمل والولادة.

٩ - أمراض الجهاز العصبى (زهري الجهاز العصبى، الحمى الشوكية، الحمى المخية).

١٠ - الشلل الاهتزازى - التصلب المتناثر، ارتجاج وتهتك المخ، التجمع الدموى تحت الأم الجافية، أورام المخ).

١١ - الصرع.

١٢ - ذهان السموم (أول أكسيد الكربون، رصاص، زئبق، زرنيخ،

منجنيز، سيانور، المنبهات، المنومات (الباربيتيرات)، الكحول، الحشيش، الأفيون، الكوكايين، عقاقير الهلوسة).

(ج) اضطرابات الشخصية :

(١)، اضطرابات نمط الشخصية:

- ١ - الشخصية الشيفصامية.
- ٢ - الشخصية النوايية.
- ٣ - الشخصية الوسواسية.
- ٤ - الشخصية البارنويا.
- ٥ - الشخصية السيكروباتية (المضادة للمجتمع).

(٢) اضطرابات الشخصيات غير الناضجة.

- ١ - الشخصية غير المتزنة انفعالياً.
- ٢ - الشخصية السلبية الاعتمادية.
- ٣ - الشخصية العاجزة.
- ٤ - الشخصية الهستيريا.

(٣) اضطرابات سمات الشخصية:

- ١ - الشخصية الانفجارية.
- ٢ - طبع السرقة المرضية.
- ٣ - طبع الحريق المرضى.
- ٤ - طبع الشذوذ اجتماعياً.
- ٥ - طبع توهم المرض.
- ٦ - التمارض

(٤) الاضطرابات الجنسية.

(د) طب نفسى المسنين.

(هـ) طب نفسى الطفل.

(و) القصور العقلى

(٢٧: ١٣-١٥)

النمط التمريضى العناية بالمريض العقلى

التمريض هو علاقة مع المريض وأسرته تقوم فيها الملاحظة التمريضية، المساعدة، الاتصال، تدبير الرعاية... إلخ بدور كبير للوصول بالمريض إلى أحسن حالة صحية، كما يعنى التمريض منح الرعاية أثناء المرض حتى يستطيع المريض تحمل مسؤولياته ويصل إلى حالة الاكتفاء لاحتياجاته الخاصة، ولكى يصل المريض إلى أحسن حالاته الصحية لا بد أن تقدم له الخدمة الصحية المؤهلة على أسس مدروسة منتظمة، ولذلك فالتمريض هو خدمة مؤهلة تتاح للجميع سواء كان شاباً أم كهلاً، فى حالة سيئة متدهورة أو فى حالة صحية جيدة.

ولكى نصل إلى حالة صحية جيدة تقوم عملية التمريض على عدة عوامل منظمة وهى:

Assessment	١ - التقييم الأولى.
Planning	٢ - التخطيط
Implementation	٣ - التنفيذ.
Evalutation	٤ - تقدير النتائج

وفى كل مراحل الخدمة التمريضية أو التى لا تقل أهمية عن الخدمة الطبية، يجب أن تلتزم الممرضة بهذه الخطوات الأربع وبيانها:

١ - التقييم الأولى Assessment:

فى هذه المرحلة يتم تقييم حالة المريض، وتحديد موضع العلاج سواء أكان جسدياً أو نفسياً تمهيداً لتحديد طريقة العلاج. وفى هذه الخطوة تقوم الممرضة بالبحث عن معلومات تتعلق بالمريض، أما عن طريق المريض نفسه أو عن طريق الأسرة أو أقارب المريض. ومن خلال هذه المعلومات يتم معرفة احتياجات المريض والمشاكل المعرض لها، ويتم وضع الخطة التمريضية تبعاً لاحتياجات كل مريض، ويجب على الممرضة فى هذه الخطوة أن تقترب من

المرضى وتحاول الحديث معهم وتوفير الإحساس بالراحة والأمان لهم مما يساعد على سرعة علاجه وشفائه.

(٢) التخطيط Planning:

بعد معرفة احتياجات المريض ومشاكله يتم وضع خطة محددة للوصول إلى الأهداف التي تتمشى مع احتياجات المريض ومشاكله، معنى ذلك أنه فى هذه الخطوة يتم تحديد خطوات العلاج والرعاية الطبية والتمريضية بما يتلائم مع طبيعة المرض، وطبيعة الشخص المريض الذى ستوجه إليه هذه الرعاية.

(٣) التنفيذ Implementation:

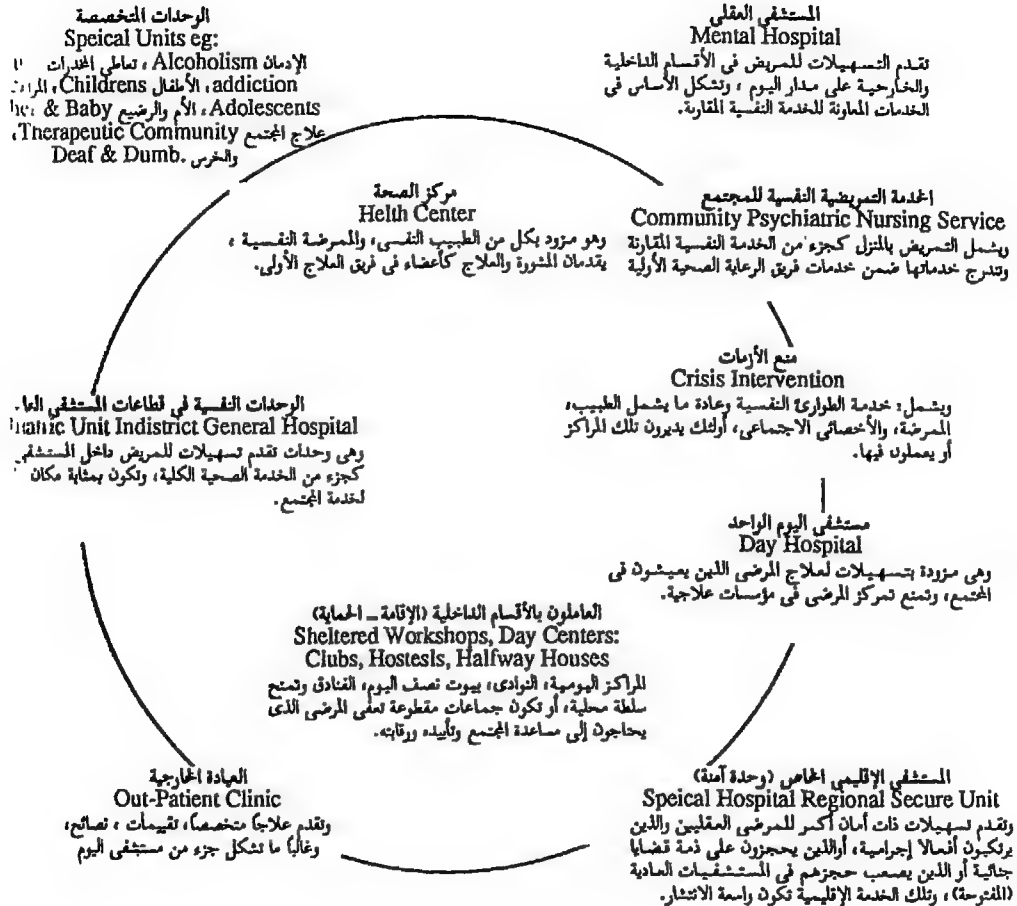
بعد معرفة الأهداف تبدأ الممرضة فى تنفيذ خطوات الخطة العلاجية التى تتفق مع الأهداف مع الاهتمام بالنواحي الإنسانية، وهنا يجب على الممرضة خدمة المريض ٢٤ ساعة كاملة لزيادة التقارب والاتصال مع المريض، ويعتبر هذا فى حد ذاته علاجاً يمكن أن يحتاجه المريض قدر حاجته إلى العلاج الطبى.

(٣) تقدير النتائج Evaluation:

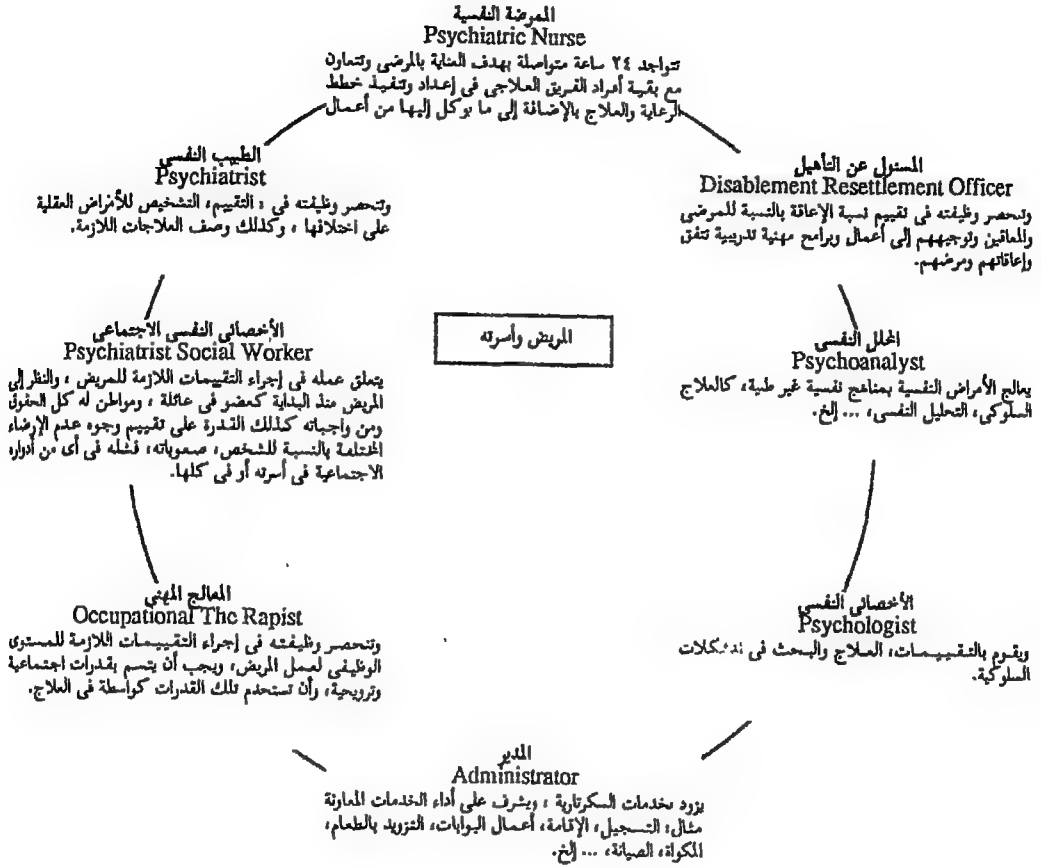
ويعنى عملية تقييم للنتائج التى تم الحصول عليها، وتقوم هذه الخطوة على الخطوات السابقة عليها، وهذا ضرورى لمعرفة ما إذا كانت الخطة العلاجية - والوسائل التمريضية المستخدمة لها تأثير إيجابى على المريض وأنها تتفق والأهداف، أو إذا كان الأمر يتطلب وضع خطة جديدة، وزيادة الأهداف وتحسينها لزيادة العناية بالمريض.

وكل هذه الخطوات، والتى قد تبدو تمريضية بحتة نجد إلى جوارها علم النفس مسانداً لها فأثناء الأخذ بهذه الخطوات يجب أن تضع الممرضة فى اعتبارها أن الذى تتعامل معه هو انسان تدور فى داخله كل الاحساسات والمشاعر التى هى أيضاً فى حاجة إلى خدمة تمريضية مثلها كالجسد تماماً، بل قد تبدو أكثر أهمية.

الوجوه المختلفة للخدمة النفسية المقارنة



المبادئ المنظمة لفريق العمل بمستشفيات الأمراض العقلية



الفصل الخامس

الأنماط العصائية

أعراضها وعلاجها

- تمهيد.
- استجابات القلق.
- الهستيريا.
- عصاب الوسواس القهري.
- استجابة الخوف.
- الإعياء النفسى.
- استجابة الاكتئاب النفسى.
- أنماط أخرى من الاضطرابات العصائية.

الفصل الخامس الأنماط العصابية : أعراضها وعلاجها

تمهيد:

انتشر استخدام مفهومى الانطواء/الانبساط فى الآونة الأخيرة وذلك فى كثير من المجالات خاصة فى المجال السيكاتيرى، ويلاحظ أن جانباً من تلك الاستخدامات قد أيدته الدراسات النظرية والتجريبية ومنها يتضح أن هذه المفاهيم تعتبر عاملاً مشتركاً فى فهم كثير من المشاكل السيكاتيرية، فلقد كشفت دراسة (J. Page, 1934) أن الأشخاص الأسوياء كانوا أكثر انبساطاً من مرضى الذهان الدورى الذين كانوا هم بدورهم أكثر انبساطاً من مرضى الفصام ، وكشف أيزنك فى دراسته (H.J. Eysenck, 1959) أن الحالات التى حصلت على درجات منخفضة جداً فى مقياس الانبساط من (M.P.I) قد حصلت على درجة عالية فى العصابية ، مما يشير إلى العلاقة بين الانطواء والعصابية، كذلك تبين من دراسة (J.G. Ingham & J.O. Robinson, 1964) أنه ليس هناك دليل على أن حدوث الأعراض الهستيرية التقليدية يرتبط بالانبساط وكذلك انتهى (N.L. Coroh, 1964) أن السيكيوباتيين ينزعون إلى أن يكونوا أوثق بالأسوياء من العصبيين على بعد العصابية، وأن الهستيريين لا يختلفون عن الأسوياء على عامل الانبساط، وأن الانبساطيين يظهرون الأعراض الجسمية للقلق، بينما يظهر الانطوائيون العصبيون الأعراض النفسية للقلق، وكذلك انتهى (H.E. Armstrong & Others, 1967) إلى أن هناك علاقة جوهرية بين الانطواء والفصام.

كل هذه بحوث تؤكد طبيعة العلاقة الوثيقة بين الانطواء والعصابية، ومدى تأثير تلك العلاقة على توافق الشخصية فى حالة وجود ضغوط بيئية تفوق التكوين النفسى للفرد.

وفى هذا الفصل نتعرض لبعض الأنماط العصابية كالقلق - الهستيريا،

الوسواس القهري، الخوف، الإعياء النفسى، الاكتئاب النفسى، وأنماط أخرى من الاضطرابات العصبائية. تتعرض لكل منها من ناحية أعراضها المميزة، أسبابها، علاجه، وكذلك تميزه ووضع الخطة السليمة لعلاجها.

الأنماط العصبائية

تبعاً لتصنيف (D.S.M) وزملة أعراضها

التمط العصبائى	زملة الأعراض الأساسية
١- عصاب الخوف	الخوف الزائد وتجنب بعض الأشياء المعروف أنها ضارة
٢- عصاب القلق	الشعور بالقلق فى مواقف كثيرة جداً بالرغم من عدم تحديد موضوع بذاته يثير القلق.
٣- عصاب الوسواس القهري	ثبات بعض الخواطر غير الخاضعة للسيطرة وميلها للتكرار فى أنماط سلوكية خاصة.
٤- العصاب الهستيرى	اضطرابات متعلقة بالوعى تشتمل على شروء الذاكرة والمشى أثناء النوم وتعدد الشخصية.
٥- العصاب الهستيرى	اضطرابات حسية متنوعة لا تستند إلى أى أسس جسمية.
٦- العصاب النوراستينى	التعب والضعف المزمنان.
٧- عصاب اللاشخصية	الشعور بأن العالم زائف، والشعور بالاغتراب عن الذات وعن البيئة.
٨- عصاب الاكتئاب	الشعور بالتعامية المفرطة التى تجلبها بعض الأحداث.
٩- عصاب توهم المرض	الانشغال بتوهم بعض الأمراض المتخيلة وغيرها من الأعراض الجسمية. (١٩: ٦٦٦)

أولاً: استجابات القلق (القلق النفسى)

Anxiety Neurosis

ليس هناك اتفاق حول مفهوم القلق النفسى، ولعل السبب فى هذا يكمن فى أن القلق العصابى مرض داخلى المصدر غير مفهوم، ولا يعرف له الفرد أصلاً أو سبباً ولا يستطيع أن يجد له مبرراً موضوعياً أو سبباً واضحاً صريحاً، فأسبابه لا شعورية مكبوتة. (٢٠ : ١٥٠)، إلا أنه يمكن القول بأن القلق (شعور مبهم غير سار) بالتوقع والخوف والتوتر مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسمية مثل الشعور بالضيق فى التنفس أو الصداع أو كثرة الحركة.... ويأتى فى نوبات متكررة فى نفس الفرد. (٢٧ : ٣٥).

ويقسم المشتغلون بعلم النفس المرضى (القلق) إلى نوعين هما:

١- القلق الموضوعى Objective Anxiety

وهذا النوع أقرب إلى الخوف، ذلك لأن مصدره يكون واضح المعالم فى ذهن المصاب، ومن أمثلته، شعور الفرد بالقلق (الخوف) مثلاً إذا ما اقتربت منه سيارة مسرعة أثناء سيره فى الطريق.

٢- القلق المرضى أو العصابى (الحصر) Pathological Anxiety & Anxiety Neurosis

وهذا نوع آخر من القلق لا يدرك صاحبه مصدره أو علته، وكل ما هنالك أنه يشعر بحالة من الخوف الغامض المنتشر (العام) غير المحدد (٢٠١: ٣٠).

القلق والخوف:

هناك أوجه شبه بين كل من القلق والخوف، فأعراض القلق تشبه أعراض الخوف ورغم هذا فهناك فروق بينهما يمكن أن نلخصها فيما يلى:

أ - الفروق فى الناحية الفسيولوجية وتتلخص فى الآتى:

فى الخوف الشديد يلاحظ:

- ١- نقص فى ضغط الدم وضربات القلب.
- ٢- ارتخاء فى العضلات مما يؤدى أحياناً إلى حالة اغماء.

فى القلق الشديد يلاحظ:

- ١- زيادة فى ضغط الدم وضربات القلب.
 - ٢- توتر فى العضلات مع تحفز وعدم استقرار وكثرة فى الحركة.
- (٣٨، ٢٧)

ب - الفروق فى الناحية السيكلولوجية ويمكن تلخيصها فى الآتى:

- ١- من حيث السبب أو الموضوع فهو فى حالة القلق يكون مجهولاً، وفى الخوف يكون معروفاً.
 - ٢- فى القلق يكون (التهديد) داخلي، وفى الخوف يكون خارجي.
 - ٣- القلق من حيث التعريف يكون غامضاً، أما الخوف فهو محدد.
 - ٤- فى القلق يكون (الصراع) موجود، بينما لا يوجد الصراع فى الخوف.
 - ٥- فى القلق تكون (المدة) مزمنة، أما فى الخوف فتكون المدة حادة.
- (٣٨، ٢٧).

أسباب القلق المرضى:

عند توضيح الأسباب التى تؤدى إلى نشأة القلق المرضى نذكر خلاصة الآراء النظرية فى تفسير القلق، ثم نتائج البحوث والدراسات الحديثة عن القلق.

أ - الاتجاهات النظرية فى تفسير القلق النفسى المصابى:

- ١- رأى فرويد: ينشأ القلق النفسى نتيجة للتعارض والصراع بين مطالب الهو (قوة الغرائز)، ومطالب الأنا الأعلى (قوة المعايير الأخلاقية). وعجز (الأنا) عن التفريق بينهما، وسبب هذا العجز يرجع إلى خبرات

الطفولة وخاصة (عقدة الخصى Castration Complex)، أو عقدة الخوف من فقدان العضو التناسلى، والشعور بالذنب الذى يحيط بالرغبات الجنسية.

٢- رأى أدلر: ينشأ القلق النفسى نتيجة لشعور الشخص بأنه ناقص فى نظر نفسه فيزيد شعوره بعدم الأمن، ومن ثم ينشأ لديه القلق. ويشتمل مفهوم القصور (المصدر العضوى، وأيضا القصور بمعناه المعنوى والاجتماعى).

٣- رأى هندرسون: ينشأ القلق النفسى بسبب تعرض الفرد لمواقف احباطية متكررة تؤدي إلى الصراع النفسى ثم إلى القلق، وتشتمل هذه المواقف الاحباطية (أمر عادية، وعائلية، ونفسية).

٤- رأى رانك: ينشأ القلق النفسى بسبب عملية الولادة القاسية، وانفصال الطفل عن عالمه المليء بالأمن الوطمانية، ودخوله عالماً مليئاً بالضجة والضوضاء (عقدة الميلاد) (١٢: ١٥٧-١٥٨).

٥- رأى كارن هورنى: ينشأ القلق العصائى أو المرضى (أو القلق الأساسى) نتيجة الصراع بين رغبة الطفل فى احترام الوالدين لاعتماده عليهم ولأنهم مصدر الحنان والعطف، ورغبته فى التمرد عليهما (نتيجة لما يصيبه منهم من مقاومات وإحباطات)، ويعجز الطفل عن حل هذا الصراع فيكبت العدوان فى نفسه ولا يوجهه إلى مصدر الخطر (علاقته المتصارعة بالديه)، ثم تصبح هذه العادة استجابة يقابل بها كل خطر يواجهه، فيكون خنوعاً ميالاً إلى الانصياع، مسالماً فى المواقف التى ينبغى له فيها أن يكون غير ذلك لأن العداء فى نظره قد يترتب عليه الحرمان من عطف الشخص الذى اعتدى عليه والذى كان فى بداية الأمر (والديه) ومن هنا يشعر بالقلق من فقدان العطف والحنان.

٦- رأى المدرسة السلوكية الجديدة: وترى أن القلق المرضى استجابة مكتسبة تنتج عن:

- (١) تعرض الفرد لمواقف وظروف معينة مثل تعرض الفرد لمواقف ليس فيها اشباع مثل التعرض لمواقف خوف أو تهديد مع عدم التكيف الناجح لها. فيترتب عليها اضطرابات انفعالية من أهمها عدم الارتياح الانفعالي والشعور بالتوتر وعدم الاستقرار.
- (٢) إسراف الوالدين في حماية الأطفال، فتكون النتيجة شعور الأطفال بالخطر عندما يتعرضون للمواقف الخارجية البعيدة عن مجال الأسرة.

(٣) الضعف العام في الجهاز العصبي، والخطأ في التركيب العضوي مثل اختلال الأوعية الدموية (٣٠ : ٢٠٤ - ٢٠٥).

٧- رأى بودولسكى Bodolsky، ويرى أن أساس القلق هو ادراك الفرد بأن حياته محدودة ولا بد أن تنتهى بالموت مما يهدد خططه المستقبلية (٤٥-٣٩١).

ب- نتائج الأبحاث والدراسات الحديثة في القلق:

١- دلت الدراسات المختلفة أن الوراثة تلعب الدور الهام والأساسي في الاستعداد لهذا المرض. فقد دلت النتائج أن نسبة القلق في التوائم المتشابهة أو المتماثلة تصل إلى ٥٠٪، بينما تصل إلى حوالي ٤٪ في التوائم غير المتشابهة، وحوالي ١٥٪ في أبناء وأخوة مرضى القلق.

كما دلت النتائج أيضا أن نسبة من يعانون من (سمات القلق) من بين حالات التوائم المتشابهة بلغت حوالي (٦٥٪)، بينما وصلت إلى (١٣٪)، حالات التوائم غير المتشابهة. (وكل هذا يؤكد أهمية الوراثة في الاستعداد لهذا المرض). (٢٧ : ٤١).

٢- إن نسبة القلق في النساء تزيد عنها في الرجال. (مما يشير إلى أن مقولة الجنس لها علاقة بالإصابة بالقلق).

٣- اتضح من تلك الدراسات كذلك أن السن له علاقة بنشأة القلق، وذلك

تبعاً لحالة الجهاز العصبي فيزيد المرض في الطفولة نتيجة لعدم نضوج الجهاز العصبي في الطفولة، ويقل في سن النضوج، ثم يظهر ثانياً في سن اليأس والشيخوخة (بسبب خمود الجهاز العصبي لدى المسنين).

القلق وعلاقته بالأمراض الأخرى:

القلق النفسي مرض أولي مستقل. ومع هذا فإنه يظهر كعرض في معظم الأمراض النفسية والعقلية، ويكون علاجه بالتالي علاج المرض المسبب له (وبذلك يكون القلق هو نقطة البداية لكل ألوان سوء التكيف واضطرابات الشخصية (٤٥ : ٣٩٢). ومن أهم الأمراض التي يصاحبها أعراض القلق الآتي:

١- أمراض عصابية: مثل الأمراض الهستيرية (بنوعيتها التحولية والتفككية)، وكذلك الاكتئاب التفاعلي - والاعياء النفسي المزمن، وعصاب الحوادث، والتوهم المرضي بأنواعه المختلفة.

٢- أمراض ذهانية: مثل اكتئاب سن اليأس (أو الارتداد السوداوي)، فعادة ما يبدأ هذا المرض بأعراض القلق والتوتر والخوف في الحركة، مما يجعل الطبيب يتجه في تشخيصه إلى أنه حالة (قلق). في حين أنه في الحقيقة اكتئاب ذهاني، وما القلق إلا أعراض له. ولذا يجب أخذ ذلك في الاعتبار.

٣- ذهان الهوس الاكتئابي (أو المرح الاكتئابي) حيث تغطي أعراض القلق معظم الأعراض الأخرى، وتكون هي السائدة أو الغالبة.

٤- الفصام (وبوجه خاص فصام المراهقة)، والفصام الشبيه بالعصاب. حيث تبدأ أعراض القلق في الظهور في بداية المرض. مما يؤدي إلى صعوبة في التشخيص، لأنه لا يظهر أنه ليس (حالة قلق)، وإنما هو حالة (فصام) إلا بعد مدة من العلاج.

٥- أمراض عضوية: مثل أورام الغدة فوق الكلوية، زيادة افراز الغدة الدرقية، تصلب شرايين المخ. الشلل الاهتزازي (٢٧ : ٤٠-٤١).

ويجب أن نلاحظ أن أعراض القلق التي تظهر في الأمراض السابقة الذكر تختلف في حدوثها، حيث تخف حدتها في الأمراض الأخرى، بينما تزداد وطأتها في حالات عصاب القلق (٢٠: ١٥٣).

الأعراض الاكلينيكية للقلق العصائى:

ذكرنا فيما سبق أن نشأة القلق ترتبط بالسن وكذلك الحال بالنسبة لأعراض القلق، فهي تختلف من مرحلة إلى أخرى، ففي مرحلة الطفولة تظهر الأعراض على هيئة خوف من الظلام والغرباء والحيوانات والأطفال الكبار، أو الخوف من أن يكون الطفل وحيداً بالمنزل، أو يظهر على هيئة أحلام مزعجة أو فزع ليلى.

أما فى المراهقة فيأخذ القلق مظهراً آخر، مثل الشعور بعدم الاستقرار والخرج الاجتماعى، وخصوصاً عند مقابلة الجنس الآخر. والاحساس الذاتى بشكل الوجه والجسم والحركات، والتصرفات ومحاسبة النفس على كل شئ، ثم القلق على حجم العضو التناسلى مع الخجل والحياء الشديد، مع ممارسة العادة السرية، والشكوى من علل بدنية مختلفة.

ويمكن تلخيص الأعراض الاكلينيكية للقلق النفسى فيما يلى:

- ١- أعراض جسمية فسيولوجية مثل: برودة الأطراف، تصبب العرق، اضطرابات معدية، سرعة ضربات القلب، اضطرابات فى النوم، الصداع، فقدان الشهية، اضطرابات فى التنفس، اتساع حدقة العين، الاضطراب فى عملية الاخراج والتبول.
- ٢- أعراض نفسية مثل: الخوف الشديد، توقع الأذى والمصائب، عدم القدرة على التركيز والانتباه، الإحساس الدائم بتوقع الهزيمة والاكتئاب والعجز وعدم الثقة بالنفس، وفقدان الطمأنينة، والرغبة فى الهروب عند مواجهة أى موقف من مواقف الحياه، الخوف من- الإصابة بأحد الأمراض، ويجب ملاحظة أن الخوف فى حالة القلق

العصابى يختلف عن الخوف فى حالة الخوف المرضى. ففى الأول يخاف المريض ويكون خوفه عام غامض غير متعلق بشئ معين، أما فى الثانى فعادة ما يخاف المريض من أشياء معينة (كالخوف من الحيوانات أو الأماكن المغلقة أو الأماكن المرتفعة). (٣٠: ٣٠٢).

مصير القلق:

يختلف مصير القلق تبعاً لاختلاف طبيعة حدوثه لدى الأفراد:

- ١- نوبات قلق تحدث لمدة قصيرة وتختفى دون عودة (يحدث هذا فى الأفراد الأسوياء).

- ٢- أما فى الأفراد أو فى الشخصيات العصابية فهناك أفراد يتعرضون لنوبات من القلق كل أونة أو أخرى، وتتخللها فترة من الصحة النفسية السليمة، وهؤلاء يمكن شفاؤهم بعد مدة قصيرة من العلاج، وهناك أفراد يتعرضون لقلق مرضى مزمن وهؤلاء لا يستجيبون لكل أنواع العلاج. وقد ذكر د. أحمد عكاشة أن حوالى ٣/٢ الحالات من النوع الثانى تتحسن حالاتهم بعد مدة قصيرة، أما النتائج العالمية فى هذا الشأن فهى متناقضة غير ثابتة. (٢٧: ٥٠)

علاج القلق:

يختلف علاج القلق تبعاً للفرد المصاب بالقلق، وشدة القلق. ومن طرق علاج القلق ما يلى:

- ١- العلاج النفسى: يستخدم أكثر العلاج النفسى المباشر (الذى يعتمد على التفسير والتشجيع والإيحاء والتوجيه والاستماع إلى صراعات المريض ومحاولة حلها. وقد لا يستخدم العلاج النفسى لأنه يحتاج إلى الوقت والجهد والمال، ويقتصر استخدامه على الحالات الشديدة المزمنة التى تتطلب فى علاجها التضحية بالوقت والمال والجهد.

- ٢- العلاج البيئى والاجتماعى: ويعتمد على ابعاد المريض عن مكان الصراع

النفسى أو الصدمة الانفعالية التى سببت القلق، وأحيانا يتطلب الأمر تغيير الوضع الاجتماعى سواء العائلى أو فى العمل.

٣- العلاج الكيمائى: ويستخدم فى حالات القلق الشديد المزمن، ويعتمد على اعطاء المريض بعض العقاقير التى تخفض من حدة القلق والتوتر العصبى.

٤- العلاج بالكهرباء: لا يستخدم إلا فى حالات القلق التى يصاحبها أعراض اكتئابية شديدة. ويعتمد على تعريض المريض لصدمة كهربائية معينة تعيد تنظيم المواد الكيميائية والهرمونات العصبية التى تصل بين قشرة المخ والهيوثلامس.

٥- العلاج السلوكى: ويستخدم بوجه خاص فى حالات الخوف المرضى العصائى. ويعتمد على التخلص من الفعل المرضى وتكوين فعل سوى. ذلك بأن يمرن المريض على الاسترخاء (إما بالتمرين أو بعقار الاسترخاء) ثم تعرض عليه منبهات أقل من أن تصدر قلقاً أو تسبب ألماً ثم زيادة المنبه بالتدريج حتى يستطيع المريض مواجهة موقف الخوف وبذلك يتحقق له الشفاء.

٦- العلاج بالجراحة: يستخدم فى الحالات التى لا تشفى بالوسائل العلاجية السابقة ويعتمد على قطع الألياف الخاصة بالانفعال الشديد تلك الموصلة بين الفص الجبهى بالمخ والثلاموس. (٢٧: ٥٣-٥٤)

تمرير المريض بالقلق ووضع الخطة السليمة لعلاجه:

- ١- علاج المريض اليومى لمنع القلق الإضافى Additional Anxiety والذى يمكن أن ينتج عن إمكانية حجز المريض بالمستشفى.
- ٢- تقليل العوامل التى تؤدى إلى زيادة القلق أثناء العلاج.
- ٣- منع أى احتمال للإصابة بمرض عضوى خلال الملاحظة التمريضية.

- ٤- مساعدة المريض لفهم العلاقة بين القلق - والأعراض الجسمية Somatic Symptomes المصاحبة له.
- ٥- مساعدة المريض على التعامل مع حالة القلق عن طريق الاسترخاء وتدريبه عليه.
- ٦- ضرورة وجود علاقة متعاونة بين الممرضة والمريض.
- ٧- تعزيز الراحة النفسية والجسمية للمريض.

ثانيا : الهستيريا Hysteria

تكشف الدراسات الطبية والفسولوجية والاجتماعية عن وجود صعوبات فى تعريف هذا المرض وكيفية نشأته، ذلك لأن هذا المرض ليس اضطرابا واضح المعالم، ولكنه يطلق على طائفة من الحالات التى تتصف بصفة عامة بالتفكك وعدم وحدة السلوك. ويمكن تعريفها بأنها مرض عصابى أولى يتميز بظهور أعراض وعلامات مرضية بطريقة لا شعورية، تستهدف الحصول على منفعة خاصة أو جلب الاهتمام أو الهروب من المواقف الخطرة أو الحماية من الاجهاد الشديد.

أما عن المعنى اللفظى أو اللغوى للكلمة فقد اشتقت كلمة هستيريا Hysteria من الكلمة الإغريقية Hysteron بمعنى الرحم، حيث كانت الفكرة الشائعة آنذاك أن مرض الهستيريا يصيب النساء فقط، وأن سببه انقباضات عضلية فى الرحم. وبالطبع فقد ثبت خطأ هذه التسمية، فمرض الهستيريا يظهر أيضا فى الرجال ولو أنه أكثر شيوعا لدى النساء، كما أنه ليست له علاقة بالرحم. وإنما هو مصدره المخ. (٢٧ : ٥٦-٥٨)

ويعتقد البعض أن دراسة هذا المرض لها أهمية كبيرة للدارسين فى مجالى علم النفس والطب النفسى، نظرا لما تهيئه دراسته من التعمق فى محاور النفس البشرية فى سوائها ومرضها. ونظرا لعلاقة هذا المرض بكافة الأمراض العقلية والعضوية التى تصيب جسم الإنسان ونفسه.

أسباب المرض:

١- فى العصور القديمة: (عند قدماء المصريين واليونان). اعتقدوا أنه بسبب تجول الرحم فى جسم المرأة طلبا للإشباع الجنسى. وكان العلاج الذى يقدم آنذاك للمرضى من النساء عبارة عن زيوت ذات رائحة ذكية تدهن بها الأعضاء التناسلية للمرأة فتساعد على ارجاع الرحم إلى مكانه الأصلى.

وقد يبدو أن سبب هذا الاعتقاد هو أنه من بين الأعراض المميزة لهذا المرض هو الاستفزاز الجنسي. فالشخصية الهستيرية من النساء لها جاذبيتها الجنسية.

٢- في العصور الوسطى: استبعد التفسير السابق الذى كان سائداً فى العصور القديمة عند المصريين القدماء واليونان. واعتقد الفلاسفة والكهنة أن سبب هذا المرض هو احتواء الأرواح الشريرة لهؤلاء المرضى.

٣- فى القرن ١٧: استبعدت الآراء السابقة بعد اعلان Charles طبيب الملك هنرى الثانى أن هذا المرض يصيب الجنسين.. وأن مصدره المخ وليس الرحم أو الروح الشريرة كما كان معتقداً قبل ذلك.

٤- فى القرن ١٩: كان شاركوه Charcot الفرنسى أول من درس الحالات العصابية النفسية لدى عدد كبير من الأفراد فى أواخر القرن التاسع عشر، ورأى أن الأعراض الهستيرية تعود فى أساسها إلى ضعف فى الجهاز العصبى، وهذا الضعف يهئ الفرد لاكتساب هذا الأعراض بالإيحاء. والذى يمكن عن طريقه إيجاد أو إزالة المرض. ولم يرى أن الأسباب النفسية أسباب أساسية فى هذا المرض. (١٢: ١٦١)، لهذا بادر بعلاجهم بالإيحاء والتنويم.

ثم جاء من بعده تلميذه (جانيه P. Janet) الذى يرجع إليه الفضل فى إظهار الأسباب النفسية لهذا المرض، فقد ذهب جانيه إلى القول بأن أعراض هذا المرض ما هى إلا نتيجة تغلب اللاشعور على الشعور، وذلك بانفصال بعض عناصر المجال الشعورى واستقلالها عن بقية الشخصية، وعجزه عن السيطرة عليها، فتؤدى هذه العناصر المستقلة إلى ظهور الأعراض المختلفة فى شكل حاد لاثبات استقلالها، (قد تكون هذه العناصر فكرة أو انفعال أو نمط من الحركات)، كما اعتقد أيضاً أن العوامل الجسمانية كالتعب والانفعالات العنيفة، ومظاهر التغير المختلفة فى المراهقة تؤدى إلى التأثير فى

الجهاز العصبى وضعف قدرته على المقاومة فيؤدى هذا إلى تهيئة الاستعداد للمرض، ورغم أن هذا التحليل يعتبر تحليلا جامعا للناحيات النفسية والجسمية للهستيريا إلا أنه لم يتعمق فى فهم معنى الأعراض المصاحبة للمرض (٢٧: ٥٩).

إلى أن جاء العالم النمساوى (فرويد) وذهب إلى أن أسباب المرض تعود إلى صدمات جنسية فى طفولة الفرد، وعادة ما يصيبها النسيان فتكبت لأن المجتمع يحرم تحقيق هذه الرغبات فتظهر هذه الأعراض المرضية.

وقد يهاجم العديد من العلماء نظرية فرويد والتي تستند إلى الأساس الجنسى لهذا المرض، ولذا حاول البعض تعديلها.

(رأى بافلوف): أرجع بافلوف سبب هذا المرض إلى ضعف القشرة المخية مما يؤدى إلى سيادة أو سيطرة طبقات ما تحت القشرة التى تعتبر مسئولة عن ظهور أعراض هذا المرض لاحتوائها على المراكز العصبية للأفعال المنعكسة التى تسبب الأعراض، أو التى تحول القشرة دون ظهورها اذا كانت تلك القشرة قوية.

نتائج الدراسات والبحوث الحديثة

- ١- دلت أبحاث Slater عام ١٩٦١ على أن الغالبية العظمى من المرضى بعد متابعتهم لمدة سنوات ثبت أنهم يعانون من أمراض عضوية في المخ. الصرع، الفصام، القلق العصبي، الاضطرابات الاكتئابية.
- ٢- إن العامل الوراثي وأسباب المرض متعددة، فالمرض قد يرجع إلى أسباب وراثية، وقد يرجع إلى أسباب أخرى غير وراثية.
- ٣- إن الأعراض الاكلينيكية متغيرة، لا تنتمي إلى مجموعة واحدة، حتى لقد انتهى العلماء إلى أنها مشكلة عامة، ومعنى هذا أنه يجب التأنى في تشخيص هذا المرض.
- ٤- أسفرت دراسة كل من بارنت ويلسون وtrimble عام ١٩٨٥ عن ارتباط الاضطراب الوجداني بمرض الهستيريا خاصة القلق والاكتئاب (Wilson B.J & Trimble M.R., 1985).
- ٥- وانتهى كل من تامبوريني وآخرون إلى وجود علاقة بين الهستيريا والاكتئاب وتوهم المرض (Tam burini M et.al., 1986)، وقد أكد تلك العلاقة بين الهستيريا والاكتئاب دراسات كل من كوفيس (Kovess V., 1982) ووليام فردريك (Friedrich w. et. al., 1987) وموريس جيلفان (Gelfman M. 1971) ودرسه والتر كار (Char W., 1985)، وكذلك دراسات بيتل كيندر وآخرون (Kinder B. et.al., 1986).
- ٦- أسفرت دراسة بوليل إلى أن هناك علاقة بين الهستيريا والقلق (Pullela, S., 1986) مما يشير إلى أن المفهوم الفرويدي للهستيريا يحتوى على الأعراض الآتية: القلق، الترجسية، الاكتئاب (Jeanneau A., 1985).
- ٧- وما يؤكد على أن وجود علاقة بين الهستيريا والاكتئاب وجود نوعا من الاكتئاب يسمى الاكتئاب الهستيرى Hysterical Depression وتكون الأعراض الهستيرية والتهيج الهستيرى هي الأعراض السائدة فى ذلك النمط من الاكتئاب (Coimbra de M., 1985).

٨- كذلك ما يؤكد على أن هناك علاقة بين الهستيريا والقلق وجود نوعا من الهستيريا يسمى هستيريا القلق Anxiety Hysteria، ونوعا آخر يسمى القلق الهستيرى Hysterical Anxiety (Hajvat M.N., 1986) وتتميز هستيريا القلق بوجود نوبات حادة من القلق تتخلل الأعراض الهستيرية وغالبا ما يحدث هذا العرض المرضى لدى الأطفال ممن هم فى سن المدرسة (Wessely. S., 1987).

٩- يلاحظ أن الأعراض الهستيرية تتفاوت لدى الجنسين، فالأعراض الهستيرية، فى المرأة تأخذ أشكالا مثل التبعية والاعتمادية والفجاجة أو عدم النضج (Frei. J., 1984).

١٠- كذلك لوحظ من استقراء الدراسات والبحوث السابقة فى هذا الصدد أن الهستيريا ترتبط بسمات شخصية أخرى مثل: وجهة الضبط (Goodmeyer I.M., 1986)، والقابلية الشديدة للإيحاء والتنويم (Patris M., 1985)، عدم النضج أو الانفعالية (Verbeek E., 1973)، النرجسية (Diatkine R., 1969).

١١- وبالنظر إلى متغير العمر وعلاقته بالهستيريا على اعتبار أن العمر يعد عاملا بيئيا للتأثير فى عملية ادراك الضبط فقد انتهى كل من فيلز تيفانى وكاى دى عام ١٩٨٣ إلى أن الأفراد الذين يحصلون على درجات مرتفعة على مقاييس توهم المرض والاكتئاب والهستيريا التحويلية يخبرون أيضا قدرا عاليا من الضبط المكتسب من خلال البيئة (Tiffany P.G., & Dey K., 1983).

١٢- وفى علاقة الهستيريا بأبعاد الشخصية: الانبساط والعصابية فقد أسفرت دراسة جرين فى مدينة بنغازى بليبيا عام ١٩٨٦ على أن مرضى الهستيريا يحصلون على درجات مرتفعة على بعدى الانبساط والعصابية بمعنى أنهم أكثر انبساطا وأكثر عصابية من نظرائهم من المرضى.

١٣- وتختلف الهستيريا من حضارة إلى أخرى، وتتغير أعراضها حسب

الحالة الاجتماعية والثقافية للفرد. وقد قام أ. د. عكاشة (١٩٨٨ ص ٨٣-٨٥) بدراسة مائة مريضة وخمسين مريضاً من مرضى الهستيريا في مصر، ووجد أن معظم المرضى بين سن ٢٠-٤٠، وأن ٥٢٪ من المريضات زوجات، وأن ٨١٪ من المرضى عزاب.

الشخصية الهستيرية:

يجب علينا أن نميز بين ردود الأفعال الهستيرية وبين الشخصية الهستيرية فكل فرد عرضة لأن يستجيب بشكل هستيري في مواقف معينة، ويختلف هذا عن الشخصية الهستيرية في أن خط سلوكها كله يتميز ببعض المميزات التي تطبع تاريخ حياتها، وهذه المميزات:

١- عدم النضج الانفعالي: أى عدم الثبات فى العاطفة مع السطحية الانفعالية، والانفعال لأنفه الأسباب، الذبذبة السريعة سواء فى العاطفة أو الصداقة، عدم القدرة على إقامة علاقات ثابتة نظراً لعدم قدرته على المثابرة، ونفاذ الصبر سريعاً.

٢- الانبساطية فى المزاج: أى التعدد فى الصداقات والمعارف والاختلاط والمرح ولكن هذا التعدد ليس ثابتاً وليس عميقاً بل هو دائم التغير سطحي.

٣- القابلية للإيحاء: أى سرعة التأثر بما يقال وما يحدث، وسرعة اتخاذ القرارات دون أى موضوعية أو دون التأكد من صحة هذا الذى قيل أو حدث

٤- الأنانية وحب الظهور: أى حب النفس والمبالغة فى طريقة الكلام واللبس والتبهرج والعمل على لفت الأنظار، والمحاولات الدائمة فى أن يكون هو محور الاهتمام.

٥- عدم التحكم فى الانفعال: فهو متذبذب من الناحية الانفعالية من مرح وحماس ونشوة إلى اكتئاب وبكاء والرغبة فى الانتحار. وتتميز هذه الذبذبة بالتغير السريع والمفاجئ.

٦- الاستفزاز الجنسي: أى المحاولات الدائمة لجذب انتباه الجنس الآخر، وتفسير الأمور العادية بطريقة جنسية. والقدرة على التعبير عن العواطف، ورغم أن الشخصيات الهستيرية فى النساء اللاتى يتمتعن بهذه الجنسية المفرطة إلا أنهم يعانون من البرود الجنسي.

٧- القدرة على الانفصال عن الشخصية: وذلك عند الحاجة أى التحلل من الشخصية الأصلية وتقمص شخصية أخرى تتلائم مع المواقف والظروف الجديدة والاندماج فى هذه الشخصية.

٨- ومن ناحية التكوين الجسمى : فنجد أنهم يميلون إلى النحافة، وحجم الجسم يمكن أن يشبه التكوين الواهن، ولكن ذلك لا يمنع من ظهور تكوينات أخرى.

٩- ومن ناحية القدرات العقلية: فهى غالبا فى معظم الأحيان تكون متوسطة الذكاء.

١٠- من ناحية السن: فهى تكثر فى الأطفال وفى سن البلوغ نظرا لعدم النضج الكامل للجهاز العصبى، وتزيد أيضا فى سن الشيخوخة بسبب خمود الجهاز العصبى عند المسنين. (٢٧: ٦١-٦٢).

التصنيف الاكلينكى للأعراض:

يصنف عصاب الهستيريا إلى فئتين فرعيتين أصغر حسب الميكانيزم الغالب هما: النوع التحولى، والنوع الانشقاقي. ولكل من هاتين الفئتين أعراض مميزة نعرضها الآن:

أ- الهستيريا التحولية Conversion Hysteria:

فى هذا النوع يتحول القلق إلى أعراض وظيفية فى أعضاء أو أجزاء من الجسم بدلا من الإحساس به فى مجال الشعور، إما بشكل منتشر وعام كما فى عصاب القلق، أو بشكل محدد كما يحدث فى الرهابات المختلفة، ويختار العضو المعنى من تلك الأعضاء التى تغذى بواسطة الجهاز العصبى الحسى -

الحركى. ومن أمثلة الأعراض نجد العمى وفقد الإحساس والأحاسيس الزائفة والشلل والأناكسيا (الخلجات Tics)، وغالبا ما يظهر المريض قلة فى الاهتمام أو هدوءاً نفسياً غير مبال فيما يتعلق بهذه الأعراض. ولا بد أن نميز هذا النوع من العصاب عن الاضطرابات النفسفسيولوجية التى ينقلها الجهاز العصبى الذاتى والتى قد تحدث تغييرات تركيبية وكذلك يجب تمييز عصاب الهستيريا عن التمارض الذى يتم شعورياً، وأخيراً عن الإصابات العصبية التى تحدث أعراضاً محددة تشريحياً.

ب- الهستيريا الانشقاقية (الانفصالية أو التفككية) Dissociative Hysteria

يتميز هذا النوع بتنويع واسعة من الانشقاق المؤقت فى السلوك العادى مصحوباً بتغير ظاهر فى حالة الوعي، فحين يكون القلق عارماً فإنه يحدث انشقاقاً لبعض جوانب ووظائف الشخصية عن بعضها. وقد يكون الانشقاق عميقاً لدرجة تغير من هوية المريض، والأعراض التى نقابلها فى هذه الحالة هى: النسيان المرضى Amnesia، والهياج Fugue، والتجلى Trance، والحالات شبه الحاملة Dream-like states، والتجوال الليلى Somnambulism، وازدواج الشخصية وتعدد Double and Multiple Personality. وفى بعض الأحيان قد يكتسب الانشقاق صفة ذهانية مما قد يحدث - أو يهدد بإحداث تفكك فى الشخصية، وفى هذه الحالة ينبغى اعتبار هذه الحالة ضمن الذهانات الموقفية والتفاعلية المزمنة. (الجمعية المصرية للطب النفسى ٥٩)

مصير المرض:

تشفى معظم الحالات خاصة إذا كانت قصيرة وفجائية، ويلاحظ أن من الأعراض ما تكون سريعة الشفاء (كفقدان الذاكرة أو الشرود الذهني)، أما الحالات صعبة العلاج فهى الشلل والألام الجسمية (خاصة إذا كانت تحقق النفع الذاتى للمريض أقوى من الدافع إلى الشفاء)، كما يلاحظ أن نسبة الشفاء تزيد فى الرجال عنها فى النساء.

العلاج: يتلخص علاج حالات الهستيريا فى الآتى:

١- الكشف عن العوامل اللاشعورية الدفينة المسببة للأعراض، ومعناها بالنسبة للمريض، ويتم هذا إما باستخدام طريقة التحليل النفسى، مع استخدام أسلوب التنويم المغناطيسى فى بعض الحالات التى يصعب فيها التعرف على أسباب المرض فى المريض.

٢ - أو استخدام طريقة التخدير من خلال حقنة الوريد (أميتال الصوديوم) أو (ميثدرين) أو من خلال استنشاق غاز ثانى أكسيد الكربون، أو أكسيد النيتروجين، وذلك لتسهيل عملية التفريغ الانفعالى خاصة فى حالات فقدان الذاكرة أو فقدان الصوت.

٣ - الإيحاء بالشفاء: أى يحاول المعالج حل صراعات المريض بطريقة غير مباشرة بعيدة عن أسلوب الرعظ والإرشاد، بل يعطى المريض فرصة لتكوين آرائه وحلوله الخاصة (٢٧ : ٨٨-٨٩)

ولكن هذا ليس كافياً فقد تظهر الأعراض مرة أخرى فى شكل آخر، ولتفادى حدوث هذا يجب البحث عن عمل تستغل فيه طاقته ويحقق له ذاته وثقته بنفسه ويصرفه عن تفكيره حول نفسه (١٢ : ١٦٣).

٤ - العلاج الكيمائى: ويستخدم فى بعض الحالات غرض التخفيف من حدة القلق والاكتئاب المصاحبة للأعراض الهستيرية (انظر أنواع العقاقير الخاصة بحالات القلق والاكتئاب).

٥ - العلاج بالصدمات الكهربائية: وتستخدم فى بعض الحالات خاصة (حالات الهذيان - وحالات الغيبوبة)، وتستخدم أحياناً صدمة واحدة لإنهاء العرض، يبدأ بعدها العلاج النفسى.

وفى النهاية فإنه يجب عدم ادخال هؤلاء المرضى إلى المستشفيات - لقابليتهم الشديدة للإيحاء والتقليد، مما قد يزيد من فرصة امتصاصهم

لأعراض الآخرين، ولهذا يجب علاجهم فى عيادات خاصة إلا فى بعض الحالات الشديدة مثل حالات (الشلل والعمى شبه الهستيرى).

- تمريض المريض بالهستيريا التحويلية / الانشقاقية. ووضع اخططة السلمية لعلاجه:

- أ - الهستيريا التحويلية:
 - ١ - تشجيع المريض على التصرف تصرفات ناضجة ومستقلة.
 - ٢ - تحسين السلوك الإيجابى من هيئة التمريض تجاه المريض.
 - ٣ - البعد عن التلاعب.
 - ٤ - تقديم الرعاية الكافية والكاملة لحالة الاكتئاب لدى المريض.
 - ٥ - مساعدة المريض فى الاشتراك فى نشاطات رياضية لزيادة تركيزه واهتمامه.

ب - الهستيريا الانشقاقية:

- ١ - البحث لاكتشاف المشاكل الكامنة خلف اضطرابه، ومحاولة الوصول إلى حل مرضى لها.
- ٢ - محاولة تجنب زيادة فاعلية العوامل الثانوية.
- ٣ - تحسين الاتجاهات الايجابية للممرضة، والطبيب تجاه المريض.
- ٤ - تدعيم وسائل تدعيم أسرة المريض.

ثالثاً: عصاب الوسواس القهري

Obsessive Compulsive Neurosis

تمهيد: التعريف:

الوسواس فكرة متسلطة أو شعور ملازم أو انحفاز قسرى يحاصر المريض ويضيق عليه، فلا يستطيع أن يتخلص منه مهما بذل من جهد ومهما حاول اقناع نفسه بالعقل أو المنطق: (٢٠ : ١٤١)، ويمكن تعريفه تعريفاً مفصلاً في التعريف الآتى: إن الوسواس القهري مرض عصابى يتميز بالآتى:

(١) وجود أفكار واندفاعات أو مخاوف أو طقوس حركية مستمرة.
(٢) يقين المريض بتفاهة هذه الوسواس ولا معقوليتها، وعلمه الأكيد أنها لا تستحق منه هذا الاهتمام (وهنا أهمية تفرقتها عن الهذاء الذهاني أو الاعتقاد الخاطيء).

(٣) محاولة المريض المستمرة لمقاومة هذه الوسواس وعدم الاستسلام لها.
(٤) إحساس المريض بسيطرة هذه الوسواس وقوتها عليه مما يترتب عليه شلله الاجتماعى وآلام نفسية وعقلية شديدة. (٢٧: ٩٦-٩٧).

أسباب الوسواس القهري:

ليست الوسواس كلها نتيجة علة واحدة، ولا تخدم غاية واحدة، فهناك أسباب وتفسيرات مختلفة للوسواس القهرية نجملها فيما يأتى:

أولاً: العوامل الوراثية والبيئية: العوامل الممهدة:

دلت الدراسات على أن العامل الوراثى يلعب الجانب الأهم فى نشأة الوسواس القهري، ومن الأدلة على ذلك: أنه وجد أن أولاد المرضى بالوسواس القهري يعانون من نفس المرض، وكذلك الأخوة والأخوات وباقي أفراد العائلة كانوا يعانون من الشخصية القهرية. (فقد ظهر فى بعض البحوث أن ثلث أبناء المرضى، ٥/١ أبناءهم لديهم أعراض وسواسية. (٢٠ : ١٤٨)،

وفى دراسة أخرى وجد أن التاريخ العائلى لمرضى الوسواس القهرى فى مصر يظهر فى ٢٦ مريضاً من ٨٤ حالة أى حوالى ٣٠٪ وهى نسبة قريبة من النسب الأخرى فى بلاد العالم (٢٧ : ٩٧).

وفى الوقت نفسه تدل أغلب الدراسات إن لم يكن كلها على أهمية البيئة التى ينشأ فيها الوسواسى، ولكن أثرها أقل فى الغالب من أثر الوراثة والتى لها الدور الأول، وقد أجمع المحللون النفسيون على أن أسلوب التربية الصارمة والمتزمتة، والإلحاح الشديد على مراعاة الدقة والاستقامة والنظافة والنظام والتمسك بالمعايير الخلقية الجامدة والسلوك الناهى عن الانحراف. كل هذه عوامل تؤدى إلى حدوث حالات الوسواس القهرية. (ذلك أن كبت الدوافع والرغبات المحظورة كبتاً عنيفاً نتيجة تلك الأساليب القاسية فى التربية تولد فى النفس عقدة الذنب فإذا بالفرد يشعر بالذنب دون أن يدرك لماذا يشعر به، أو ما هى الذنوب التى اقترفها، وهنا يكون اللجوء إلى المرض وسيلة للتخفيف من وخز الضمير. فضلاً عن هذا فإن حالات الصراع النفسى التى تكون نتيجة رغبة الفرد فى إرضاء دوافعه وغرائزه ثم خوفه من عقاب الوالدين أو المجتمع أو الضمير تستنفد شطراً عظيماً من طاقته بسبب هذا الصراع مما يجعله عاجزاً عن تحدى الحياة ومواجهة صعوباتها.

رأى فرويد:

ذهب فرويد إلى أن هذا المرض ينشأ بسبب خبرة جنسية مكبوتة فتسبب ظهور الأعراض الوسواسية والنكوص إلى المرحلة الشرجية السادية، وبالتالي تتصف شخصية المريض بنفس سمات الشخصية التى تتصف بحب النظام والنظافة والبخل فالوسواس يتصرف كأنه شخص يلتمس الأمن فى النظام والنظافة والتدقيق فيها، ويرى فى الخروج عليها تهديداً لأمنه (٢٠ : ١٥٠).

رأى بافلوف:

يشير بافلوف إلى وجود خلل فى العلاقة بين جهازى الإشارة الأول والثانى وسيطرة الثانى. وبالتالى اضطراب العلاقة بين القشرة المخية وطبقات ما تحت القشرة (١٢ : ١٦٧).

أسباب فسيولوجية:

هناك من الشواهد والملاحظات ما يؤكد احتمال نشأة المرض على أساس فسيولوجى منها:

١ - ظهوره فى الأطفال بطريقة غير عادية (حيث لم يكتمل نضج الجهاز العصبي).

٢ - وجود اضطرابات فى رسام المخ الكهربائى لهؤلاء المرضى وبطريقة متكررة.

٣ - ظهوره مع بعض أمراض الجهاز العصبي مثل (الحمى المخية، والصراع النفسى الحركى).

'وقد اختلفت الآراء فى تفسير هذا الأساس الفسيولوجى. فذهب البعض إلى وجود بؤرة كهربائية نشطة فى لحاء المخ، وتسبب هذه البؤرة حسب مكانها فى (اللحاء) فكرة أو حركة أو اندفاعاً، وتستمر هذه الدائرة رغم مقاومة الفرد لها، ورغم استمرار نشاطها فهى تظل على اتصال دائم ببقية الدوائر الكهربائية فى اللحاء، ولهذا يدرك الفرد عدم صحة هذه الفكرة لأن بقية اللحاء أو مراكز الفكرة تقاوم هذه البؤرة فهى ما تزال متصلة بها.

هذا بعكس حالات الهذات (هذاء العظمة أو الاضطهاد) فبسبب أن بؤرة كهربائية نشطة فصلت نفسها عن باقى الدوائر الكهربائية فى اللحاء، لذا فهو يؤمن بصحتها نظراً لعدم وجود ما يقاومها فى المخ. (٢٧ : ٩٨).

أسباب أخرى:

يذكر «إهرنوالد» ١٩٦٠ أن أنماط السلوك الحوازى قد تنتشر بين

أفراد الأسرة وفي المجتمع عن طريق العدوى. أى اشتراك عدد من الأفراد فى سمات أو اتجاهات مرضية غير مقبولة (وهذا ما يؤكد أثر العوامل البيئية). (١٢: ١٦٦).

سمات الشخصية الوسواسية:

- هناك سمات تتميز بها شخصية الوسواسى نلاحظها فيما يلى:
- ١ - الصلابة وعدم المرونة وتتمثل فى صعوبة التكيف والتأقلم للظواهر المختلفة.
 - ٢ - حب النظام والروتين وضبط المواعيد. والدقة فى كل الأعمال.
 - ٣ - الاهتمام بالتفاصيل، والحساسية الخلقية المرفقة.
 - ٤ - الشكوى من بعض الاضطرابات مثل: القلق النفسى، توهم العلل البدنية، عصاب الوسواس القهرى (الأفكار، الأفعال، المخاوف، الاندفاعات الوسواسية القهرية)، اكتئاب سن اليأس.
 - ٥ - اختلال الأنا والشعور بالتغير فى النفس، وأحياناً الإحساس بأن العالم قد تغير.
 - ٦ - الشكوى من الأمراض السيكوسوماتية (٢٧: ٩٨).
- إنهم قوم فضلاء لكنهم ليسوا سعداء. فليس الخلق الرفيع دليلاً على الصحة النفسية دائماً. (٢٠: ١٤٧).

الأعراض الإكلينيكية:

- نستطيع أن نقسم هذه الأعراض إلى الآتى:
- ١ - الأفكار أو الصور الوسواسية: وهنا تسيطر على المريض فكرة أو صورة خاصة جيدة أو كريهة، أو جمل معينة تتردد على مخه، أو نغمة موسيقية فى تفكيره، وقد تستمر هذه الفكرة أو تلك الصورة أو النغمة، وتظهر فى الأحلام أيضاً.
 - ٢ - الاندفاعات Impulses، وهنا يشعر المريض الوسواسى برغبة ملحة بأن

يقوم بأعمال لا يرضى عنها ويحاول مقاومتها والسيطرة عليها ولكن دون جدوى، وتظهر هذه الاندفاعات فى صورة عدوانية (الاعتداء على الآخرين) أو الاعتداء على النفس بالانتحار.

٣ - الطقوس الحركية: وهنا يشعر المريض بالرغبة الجامحة فى القيام بحركات معينة بشكل متكرر. وشاذ مثل غسيل الأيدي مئات المرات. أو غسيل الجسم بعد عمليات التبول، وقد وجد د. أحمد عكاشة فى دراسة لهذا المرض فى مصر أن أغلب المرضى من هذا النوع يغلب عليهم طابع الطقوس الحركية خصوصاً ما يتعلق منها بالنظافة والتلوث، وأرجع ذلك بأن له صلة وثيقة بتعاليم الدين الإسلامى. وهنا ترتبط هذه العملية الوسواسية (بالحلال والحرام).

٤ - المخاوف القهرية: وترتبط هذه المخاوف بالأعراض السابقة، (الأفكار والصور والاندفاعات والطقوس الحركية - التى سبق شرحها. ومنها الخوف من الأماكن مثل دور العبادة أو المطابخ. وهى انعكاسات للأعراض السابقة.

٥ - اجترار الأفكار: وهنا ينتاب الوسواسى أفكار وأسئلة لا يمكن الإجابة عنها مثل إذا كان الله خلقنا فمن الذى خلقه؟، ولا يستطيع التخلص من هذه الأفكار، ولا يحتل تفكيره سوى هذا السؤال ويقع فريسة الإجابة عنه، ولا يستطيع القيام بأى نشاط ذهنى آخر.

٦ - الأفعال القسرية المناهضة للمجتمع: منها ما أسماه «روث» مجموعة أعراض القلق الخوفى واختلال الأنية وتشمل (قلق، مخاوف مرضية، دوار. توهم علل مرضية، أعراض اكتئابية وهستيرية مع الشعور بأن الأشياء تكبر عن حجمها العادى، ومنها أيضاً جنون السرقة - Klepto-mania فيكون عندهم رغبة ملحة فى السرقة ومنها جنون الشراب والجنون الجنسى.

وبما سبق يتضح أن الأعراض المرضية الوسواسية مرتبطة بعضها ببعض ارتباطاً وثيقاً وأن الصفة المشتركة بينها هى طابع القهر والإجبار.

التشخيص المقارن:

فى تشخيص أعراض الوسواس القهرية يجب أولاً أن نفرق بين الأعراض الوسواسية الأولية القهرية وبين الأعراض الثانوية للأمراض الأخرى. ففى الأمراض التى تصاحبها الأعراض الوسواسية - الذهان الدورى (ذهان هوس الاكتئاب) واكتئاب سن اليأس، وأيضاً تظهر بكثرة مع الأمراض العضوية مثل الحمى المخية، إصابات الفص الصدغى فى المخ... وأيضاً يبدأ الفصام بأعراض قهرية.

ولمعرفة ما إذا كانت هذه الأعراض هى أعراض أولية لمرض الوسواس، أم أنها أعراض ثانوية لأمراض أخرى يجب الاستماع وفحص المريض جسدياً ونفسياً بدقة شديدة، فإذا كانت الأعراض الوسواسية هى المسيطرة على باقى الأعراض وليست هناك أمراض عضوية فإن ذلك يعنى أنها حالة وسواسية.

أما إذا كانت الأعراض الوسواسية هى أحد الأعراض السائدة وتصاحبها أعراض فسيولوجية وسيكولوجية أخرى لواحد من الأمراض السابقة فإن ذلك يعنى أنها أعراض ثانوية لمرض نفسى أو عقلى يجب تحديده.

ولتحديد علاقة هذا المرض بباقى الأمراض النفسية والعقلية يجب تحديد طبيعته حتى تسهل عملية التشخيص، وبالتالي يكون العلاج مثمراً. أما عن طبيعة هذا المرض فقد اختلف العلماء فى ذلك، فىرى البعض وصفه مع الذهان نظراً لأن بعض حالات الوسواس القهرى تتحول أحياناً إلى أمراض ذهانية بينما يذهب البعض الآخر إلى أنه عملية دفاعية ضد الذهان.

وقد لاحظ د. أحمد عكاشة هذه الظاهرة فى مرضاه، فقد يبدأ المريض بالمعاناة من أعراض فصامية وإذا عولج من هذا عاد يشكو من الوسواس القهرية، أى أنه يتحرك من حالة الوسواس إلى حالة شبه فصامية. وتختلف نسبة هذا التحول ففى الخارج تكون حوالى ١-١٢٪، بينما فى مصر تصل إلى (٨٪ فقط). ويختلف العلماء فى تفسير هذا التحول ويعتقد ودورث

١٩٦٠ أن الذهان الناتج عن الوسواس القهري يختلف أساساً عن الفصام، ويحتمل أن يكون نوعاً مستقلاً من الذهان له مسبباته البيئية، ومصير مختلف عن الفصام، ويمكن تسميته (الحالات شبه الفصامية) ويمكن التمييز بينها وبين حالات الفصام الحقيقية بأنه في الحالات الشبه فصامية تستمر شخصية المريض متكاملة دون أن يحدث أى تدهور أو اختلال في سلوكه أو في شخصيته، وهذا بالطبع يختلف عما يحدث في حالات الفصام (٢٧ : ١٠٩).

مصير الوسواس القهري:

كان ينظر سابقاً لمصير الوسواس القهري على أنه أسوأ من باقى الأمراض العصبية، ولكن الأبحاث الحديثة أثبتت أن سير المرض يوازى باقى الأمراض العصبية، وأن حوالى من نصف إلى ثلث الحالات تشفى فى غضون ٥ سنوات، كما اتضح فى دراسة جريمشوا Grimshaw ١٩٦٥ أن الأعراض قد تحسنت فى حوالى ٦٤٪ من الحالات وأن نسبة تصل إلى ٧٧٪ قد بلغت حداً معقولاً من التكيف الاجتماعى (١٢ : ١٦٦).

علاج الحالات الوسواسية:

فى علاج هذه الحالات تستخدم طرق العلاج المختلفة (العلاج النفسى، والعلاج البيئى والكيميائى، والكهربائى، والسلوكى، والعلاج الجراحى، فمثلاً :

(١) يستخدم أحياناً العلاج النفسى فى علاج بعض الحالات وذلك للتخفيف من الأعراض، ولتقليل آلام المريض، وذلك عن طريق تفسير طبيعة المرض، وتشجيع المريض وطمأنته بأن حالته بعيدة عن الجنون، وكذلك التقليل من خوفه على ملكاته العقلية. إلا أنه نادراً ما يستخدم هذا النوع من العلاج ويستبدل عنه بالعلاج النفسى المباشر نظراً لما يتطلبه التحليل النفسى من الوقت والجهد والمال. ولوجود بعض

الصعوبات التي تواجه المحلل مع هؤلاء المرضى - والتي لخصها فينكل ١٩٣١ فيما يلي:

١ - صعوبة عملية الطرح وبالتالي عدم وجود الألفة العاطفية بين المريض والمحلل.

٢ - التغير المستمر في أعراض المريض مما يجعل الاستمرار في تحليل الأعراض صعباً إلى حد ما.

٣ - لا يستطيع المريض الاسترخاء التام لعملية التداعي الطليق نظراً لملاحظته الدائمة لكلامه وسلوكه ونقده الذاتي، وتلك هي طبيعة الشخصية القهرية.

٤ - يعتمد المحلل في علاجه على استعمال الجزء الكامل من شخصية المريض. وفي حالات الوسواس المزمنة تكون الشخصية قد تداخلت بشكل يصعب فصل جزء متكامل للاستفادة منه في التقدم في العلاج (٢٧ : ١٠٩-١١٠).

(٢) العلاج البيئي والاجتماعي: لإبعاد المريض عن مصدر الوسواس - ولكنه علاج مؤقت يمكن أن يعود ثانية بالرغبة في تغيير البيئة، فهو لا يستأصل المرض جذرياً وإنما يعالجه علاجاً مؤقتاً.

(٣) العلاج الكيميائي: يعطى المريض بعض العقاقير للتخفيف من آلام المريض مثل: العقاقير المضادة للقلق والاكتئاب.

(٤) العلاج الكهربائي: لا يفيد في العلاج التام، ولكنه يساهم في تقليل الأعراض، ولا يستخدم إلا في حالات خاصة يخشى منها على صحة المريض النفسية.

(٥) العلاج السلوكي: ويصلح بوجه خاص مع المخاوف القهرية.

(٦) العلاج الجراحي: ويستخدم في حالات فشل سبل العلاج الأخرى، ولا يؤدي هذا العلاج إلى شفاء الوسواس من أصله، ولكنه يجعل المريض لا يكثر بها. ولا يصاحبها حينئذ أى قلق أو توتر، ومن ثم

ستجعل منه ثانية عضواً نافعاً في المجتمع. وتأتي الجراحة بأحسن نتائجها في حالة إذا ما هاجم الوسواس الفص الجبهي (٢٧):
١٠٩-١١٠).

- تمريض المريض بالوسواس القهري، ووضع الخطة السليمة لعلاج:
- ١ - مساعدة المريض على تقليل مشاعر القلق. وإكسابه السيطرة على تصرفاته الفجة.
 - ٢ - مساعدة المريض على التعبير عن مشاعره.
 - ٣ - الاتصال مع عائلة المريض ومساعدتهم.

رابعاً - استجابة الخوف

Phobic Reaction

تمهيد:

« المخاوف الشاذة أو الفوبيا هي خوف مرضى من شيء معين أو فعل معين لا يثير الخوف في العادة عند أغلب الناس، فهو خوف دائم لا يعرف الفرد له سبباً أو مبرراً موضوعياً كما لا يستطيع ضبطه والسيطرة عليه بالإرادة. (٢٠ : ١٠٥) وفي الوقت ذاته يشعر أن سلوكه في بعض المواقف يثير القلق، ويعمل على إثارة ضحك الآخرين. (٣٠ : ٢٣٨).

ويجب ملاحظة أنه على الرغم من أن الفرد في حالات الخوف المرضى لا يعرف السبب أو المبرر الموضوعي لحالته هذه - كما أوضحنا - فإن المريض يعلم تماماً عدم جدواه، وأنه لا يوجد خطر عليه في تعرضه لهذا المنبه، إلا أنه لا يستطيع التحكم فيه أو ضبطه (٢٧ : ٩٢)، ولعل السبب في عدم إدراك الفرد سبب هذا الخوف - إن هذا المرض (كما ذهبنا إلى ذلك المدرسة السلوكية) هو نوع من التعلم الشرطي - ارتبطت فيه أحداث الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي بإحداث مثير آخر غير طبيعي (شرطي) - حادثة قديمة مر بها المريض في طفولته - فأصبح المثير الشرطي يفعل ما يفعله المثير الأصلي والطبيعي. ونظراً لأن هذه العلاقة لا تكون واضحة (في الغالب) في ذهن الفرد، لهذا فهو يستجيب لمؤثرات المثير الشرطي دون أن يعرف العلاقة بينهما، من هنا جاء جهله بالأسباب. (٣٠ : ٢٤٠).

أنواع استجابات الخوف:

المخاوف المرضية هي : الخوف من المرتفعات Acrophobia، الخوف من الأماكن المفتوحة Agorophobia، الخوف من القحط Allurophobia، الخوف من الزهور Amphobia، الخوف من الناس Anthrophobia، الخوف من الماء Aquaphobia، الخوف من البرق Astrophobia، الخوف من الرعد

Prontophobia الخوف من الأماكن المقفلة Claustrophobia ، الخوف من الكلاب Cynophobia ، الخوف من الحصان Equophobia ، الخوف من السحالي Herbetophobia ، الخوف من الصاعقة Keraunophobia ، الخوف من الميكروبات Mysophobia ، الخوف من الجسد الميت Mecrophobia ، الخوف من العدد Numerophobia ، الخوف من الظلام Nyctophobia ، الخوف من الثعابين Ophidiophobia ، الخوف من النار Pyrophobia ، الخوف من الحيوان Zoophobia . (٢٣٩ : ٣٠) .

وتصنف الفوبيات عادة إلى صنفين:

- ١ - الفوبيات الهستيرية، وترجع إلى انطلاق خوف مكبوت.
- ٢ - الفوبيات الوسواسية، وترجع إلى خوف الفرد من عواقب رغباته المحظورة (الجنسية والعدوانية). (٢٠ : ١٥٦)

تشخيص حالات الفوبيا:

يجب عدم التفرع في تشخيص حالات الخوف المرضى، لأنها تظهر مصاحبة لأمراض عدة منها :

- ١ - القلق وتسمى فوبيا القلق أو القلق الخوفي Phobic Anxiety ،
- ٢ - الفصام (ولاسيما فصام المراهقة) .
- ٣ - في مرض الوسواس القهري.

وإذا ظهر بعد سن الـ ٤٠ فيجب الشك في أنه حالة اضطراب وجدانية (مثل ذهان المرح والاكتئاب، أو اكتئاب سن اليأس) ، كما قد يكون أعراض لحالات فرعية، أو عرض لوجود مرض عضوي في الجهاز العصبي مثل تصلب شرايين المخ.

العلاج :

يعتمد العلاج على سببه الأولي: نفسي / عقلي / عضوي.

تمريض المريض بالخاف. ووضع الخطة السليمة لعلاجه:

- ١ - مساعدة المريض على التغلب على حالة الخوف، وتجنب المواقف المخيفة.
- ٢ - إقامة رسم توضيحي، توضح عليه أقل وأكثر أسباب وحالات القلق للمريض.
- ٣ - ضرورة تعليم المريض كيفية الاسترخاء العضلي.
- ٤ - زيادة تفاعل المريض مع المحيطين به، ومع المجتمع خارج المنزل لزيادة إحساسه بالأمان وعدم الخوف.

خامساً - الإعياء النفسى Neuraesthesia

تمهيد: التعريف:

كانت النيوراستنيا تطلق قديماً على الحالات العصائية النفسية التى تصاحبها أعراض جسمانية، ثم أصبحت تطلق على الحالات التى تبدو فيها على الفرد أعراض تشبه الإجهاد العقلى والجسمانى، فيكون المريض فى حالة من الخمول والكسل والتعب المستمر مع عدم القدرة على الاسترخاء - واستحالة النوم. وإذا نام لا يشعر بعمق النوم ويستقيظ فى الصباح مجهداً. ويكون المريض دائماً شاحب اللون مجهداً، وإذا أجبر على العمل تصيب العرق وتخاذلت قواه العضلية، كما يكون غير قادر على التركيز ودائم القدرة وفاقدة القدرة على النشاط.

وكان أول من أطلق هذا الاصطلاح على مجموعة هذه الأعراض المرضية هو (بيرو) وذلك فى عام ١٨٨٠ وكان أساس التسمية مشتق من فهمه للمرض (إعياء عصبى) بسبب الإجهاد الناتج عن إصابة الجهاز العصبى. بسبب التغيرات الكيميائية التى تحدث فى الكائن الحى وتصيب أول ما تصيب الجهاز العصبى، ولذلك يمكن أن يرادف مفهوم الإعياء النفسى مفاهيم الوهن النفسى، النيوراستنيا.

أعراض المرض:

تتلخص الأعراض الأساسية لهذا المرض فيما يلى:

- ١ - الضعف العام، والتعب لأقل مجهود مبذول، والشكوى من التعب بدون سبب ظاهر.
- ٢ - الشعور بالضيق والتبرم وعدم الرغبة فى أى عمل من الأعمال التى توكل إليه.
- ٣ - عدم القدرة على مواصلة التفكير فى موضوع معين.

- ٤ - صعوبة التذكر والتركيز.
- ٥ - البلادة الزائدة وتوقع الانهيار في كل وقت.
- ٦ - الحساسية الزائدة للمنبهات الطبيعية.
- ٧ - الأرق. وهو ناتج عن الصراع الذى يهدد حياته النفسية.
- ٨ - الصداع ويكون على شكل ضغط أحياناً.
- ٩ - توهم المرض. (٣٠ : ٢٣٢-٢٣٣).

أسباب المرض : التفسيرات المختلفة لهذا المرض

١ - التفسير العصبي : ظل الاعتقاد قديماً لمدة طويلة بأن الضعف العام للجهاز العصبي هو عن تعرض الفرد للصراع لمدة طويلة. وما ينتج عنها من تغيرات كيميائية تتسبب في ضعف الجهاز العصبي. ومن هنا جاءت تسمية المرض كما ذهب «بيرو».

ولكن اتضح خطأ هذا الاعتقاد، وأصبح الرأى الغالب بأن هذا المرض لا يكون نتيجة لإصابة الخلايا العصبية بدليل :

(١) أن المريض بهذا المرض يشعر بالتعب والإنهاك الشديد عند مزاولته لأيسر الأعمال.

(٢) فضلاً عن أنه إذا وفرنا له راحة جسدية طويلة ما أغنى ذلك شيئاً، فى حين لو وفرنا له فرص للاستمتاع لقام بها دون أن يشعر بأى تعب.

٢ - التفسير العضوى : ثم ذهب العلماء إلى أن سبب المرض يرجع إلى خطأ فى التركيب العضوى لبعض الأعضاء ، وخاصة القلب والأوعية الدموية.

٣ - التفسير الفرويدى : ذهب فرويد إلى أن المرض ينشأ بسبب ممارسة العادة السرية وما يحدث عن هذه العادة من أضرار للأعصاب، إلا أن هناك آخرين فى مدرسة التحليل النفسى يشيرون بأن ما يترتب على ممارسة تلك العادة من مشاعر ذنب وصراعات تثقل من كاهل الفرد هى التى

تدفع به إلى هذه الأعراض المرضية والتي تكون مصاحبة لرغبته في الخلاص من ممارسة تلك العادة.

٤ - التفسير البيئي: ذهب البعض إلى أن أسباب الشعور بالتعب والإرهاك بشكل مرضي إنما هو سلوك مكتسب - متعلم - يتعلمه الصغار والكبار وكوسيلة نفعية من موقف عريب، أو عذر للآخرين في أن يبذل الجهد أو كعذر يبرر له الفشل الذي صاحب جميع ما يقوم به من أعمال. (أى أن الشكوى المرضية هنا عبارة عن وسيلة للتكيف) كما كان يفعل الكبار في الأسرة.

٥ - آراء أخرى: تعرض الفرد للمواقف الإيجابية وما ينشأ عنها من صراع نفسى عنيف يستنفد طاقة الإنسان فلا يستطيع القيام بأى عمل. وتلاحظ هذه العوامل في الرجال أكثر من النساء، أن المرأة تكون معظم اليوم سيدة أمرها ولا مجال للتنافس في عملها، كما أن تبعيتها لزوجها تختلف عن تبعية الرجل لرؤسائه، فضلا عن أن تبعية الأطفال للأُم هي نوع من الشعور بالسيطرة (٣٠ : ٢٣٦).

٦ - رأى باقلوف: أرجع هذا المرض إلى ضعف عملية الكف الداخلى فى المخ فيؤدى إلى اضطراب المراكز العصبية، وتقل كفاءة الخلايا العصبية مما ينتج عنه الإجهاد السريع (١٢ : ١٦٩) والسبب فى ضعف عملية الكف هذه هي تعرض الفرد للإجهاد الحسى الفكرى وعدم الراحة والضغط الانفعالية الطويلة والمستمرة، وعدم كفاية النوم.

٧ - الإعياء النفسى فى ضوء التحليل العالمى: يلاحظ أن هذا الشكل من أشكال الاضطراب النفسى يرتبط ارتباطاً واضحاً بمقاييس : التوافق الصحى، الانحراف السيکوباتى، توهم المرض، الهوس الخفيف، الهستيريا، الذهانية، تلك كانت الارتباطات الملاحظة على هذا العامل، وكلها ارتباطات جوهرية ظهرت فى تشبعات العامل المستخلص والذى أمكن تحديد هويته فى ضوء تلك التشبعات على أنه عامل الإعياء النفسى أو الوهن النفسى.

وبالنظر فى تلك التشبيعات العاملة لتلك الاختبارات نجد أنها تشير إلى زملاات أعراض معينة تميل بالفرد إلى ما يطلق عليه اصطلاحياً «عامل النقص أو النيوراستينيا أو الوهن النفسى» فنلاحظ أن مقاييس (الهستيريا، توهم المرض، التوافق الصحى، الذهانية، الهوس الخفيف، الانحراف السيکوباتى) كل هذه مقاييس تحمل فى طياتها توتر نفسى مرتفع أو عصابية واضحة، عدم نضج فى مواجهة الواقع، عدم الاستجابة للمشكلات استجابة تتميز بالفهم والاستبصار، كما أن تلك الاختبارات إنما تشير إلى استجابة الأفراد نحو أنفسهم من الناحية الفسيولوجية من سوء توافق صحى واضح يعترىها. كل هذا يحمل فى مضمونه الشعور بالنقص، فقدان الثقة بالنفس والخضوع للآخرين، وعدم اتخاذ موقف ثابت بإزاء مواقف البيئة الخارجية للشخص ذاته أو موقف موضوعى مناسب منها. ولذا يصلح هذا العامل إطاراً لتفسير جانب من السلوك.

العلاج:

- ١ - يحتاج هؤلاء المرضى إلى العلاج النفسى، والعلاج البيئى والاجتماعى، وأيضاً العلاج الكيمىائى (إذ تعطى له مضادات القلق والاكتئاب الكيمىائية - والمهدئات لتقوية عمليات الكف لاستعادة الخلايا العصبية لكفاءتها.

سادساً : استجابة الاكتئاب النفسى Depression Reaction

تمهيد:

يصاب كل عام ما لا يقل عن مائة مليون شخص فى العالم بالاكتئاب الذى يمكن تمييزه إكلينيكيًا، ومن المرجح أن يزداد هذا العدد لأسباب عديدة منها:

- ١ - أن متوسط العمر المتوقع لأفراد المجتمع أخذ فى الزيادة فى أغلب بلدان العالم، ومن ثم فإن كلا من الأعداد المطلقة للمعرضين للإصابة بالاكتئاب ونسبهم تتزايد أيضًا تبعًا لذلك.
 - ٢ - أن الأفراد يعيشون اليوم فى بيئة اجتماعية وطبيعية سريعة التغير تتسبب فى كثير من الأحيان فى حدوث اضطراب نفسى اجتماعى حاد أو ممتد، وقد تؤدي إلى ردود أفعال اكتئابية.
 - ٣ - هذا فى الوقت الذى تأخذ فيه الإجراءات الوقائية التقليدية لأفراد المجتمعات المختلفة فى الانهيار، ويتعرض فيه كثير من الناس للآثار المقلقة الناجمة عن فقد الاستقرار والتفكك الأسرى والعزلة الاجتماعية - ويعد هذا سبب لزيادة انتشار الاضطرابات الاكتئابية كاستجابة للعوامل النفسية الاجتماعية الضاغطة.
 - ٤ - هناك الآن زيادة مطردة فى الأمراض الناجمة فى الحالات المزمنة من الأمراض القلبية الوعائية، وأمراض المعدة والأمعاء والاضطرابات المخية وغيرها من الاضطرابات العصبية، وقد تبين أن هذه الأمراض والاضطرابات مرتبطة بحدوث الفعل الاكتئابية فى حوالى ٢٠ ٪ من جميع الحالات.
- فإذا ما استمر انتشار هذه الاضطرابات العضوية فى التزايد (وهو أمر محتمل مع زيادة أعداد السكان المعمرين) فإنه يجب أيضًا توقع حدوث زيادة فى انتشار الاضطرابات الاكتئابية الجسمية المنشأ.

٥ - ومن أسباب الزيادة المتوقعة فى انتشار الاضطرابات الاكتئابية هو الاستخدام الشديد للتزايد للكحول وللمجموعة من الأدوية... فهناك عقاقير معينة يتزايد استهلاكها الآن باطراد ومن المعروف أنها تعجل بظهور الاكتئاب - أو تزيد من خطورته وحدته، ومن بين هذه العقاقير المسكنات والمهدئات ومضادات ارتفاع ضغط الدم وشتى المستحضرات الهرمونية المتنوعة.

تعريف الاكتئاب:

الاكتئاب هو حالة من الحزن العميق يحس فيها المريض بعدم الرضا، وعدم القدرة على الإتيان بنشاطه السابق، ويأسه فى مواجهة المستقبل، وفقدان القدرة على النشاط وصعوبة فى التركيز، والشعور بالذهان التام مع اضطراب فى النوم والشهية للطعام وأحلام مزعجة.

وتحدث استجابة الاكتئاب فى المواقف العصبية الشديدة فى الشخصية المتكاملة السوية، وفى المواقف البسيطة فى الشخصية العصابية المهيئة لذلك. وهناك فارق بين استجابة الاكتئاب والاكتئاب الذهاني.

فيذهب البعض إلى أن الاكتئاب النفسى هو نفسه الاكتئاب الذهاني، ولكن تختلف شدته، وأنه تغير كمى وليس تغير كيفى، بنىما يذهب بعض آخر من العلماء إلى أن استجابة الاكتئاب تختلف فى أسبابها وأعراضها وعلاجها عن الاكتئاب الذهاني وهناك من الأدلة ما يؤيد هذا الرأى (١١٢: ٢٧)

وفى تشخيص الاكتئاب:

يلاحظ أن تشخيص الاكتئاب هو أمر فى غاية الصعوبة لأنه عادة ما يصاحب العديد من الاضطرابات العصابية (كالقلق والهستيريا) وكثيراً من اضطرابات الشخصية وكذلك العديد من الاضطرابات العضوية خصوصاً تصلب شرايين المخ، وأمراض الجهاز العصبى، والقلب... إلخ، ولهذا يجب

الحرص فى التشخيص حرصاً على الدقة وتحديد طرق العلاج المناسب لكل حالة من حالاته.

العلاج:

يشبه العلاج هنا العلاج فى حالات القلق (يستخدم العلاج النفسى والبيئى والكيمائى، بإعطاء المريض المهدئات أو المضادات لحالات القلق والاكتئاب، أما العلاج بالجلسات الكهربائية فلا مجال لها هنا إلا فى بعض الحالات الشديدة التى تكون فيها سلامة المريض النفسية مهددة بالخطر. (١١٤: ٢٧).

الخطوة التمريضية الموضوعية لعلاج مريض الاكتئاب بنوعيه:

١ - الاكتئاب التفاعلى أو النفسى:

- (أ) مساندة المريض وأسرته، ومساعدته على حل مشاكله.
- (ب) مراقبة المريض لاحتمال ظهور أى علامات تدل على زيادة اكتيابه.
- (ج) تفسير مشاعر المريض لأقاربه وأسرته.

٢ - الاكتئاب الذهائى:

- (أ) منع المريض من الانتحار، وتوفير بيئة آمنة له وإشعاره بقيمته الشخصية.
- (ب) تقليل إحساسه بالحزن ومساعدته على الحفاظ على نفسه.
- (ج) الاهتمام باحتياجات الغذائية وتشجيعه على النوم.
- (د) تنظيم عملية الإخراج للمريض.
- (هـ) السماح للمريض بالتعبير عن نفسه، وإشراكه فى الأنشطة الرياضية.
- (و) تقديم الرعاية له خلال العلاج بالصدمات الكهربائية - Electro-convulsive Therapy.

سابعاً : أنماط أخرى من الاضطرابات العصبية

المريض المتهيج

Overactive

يلاحظ أن حالات التهيج أو حالات النشاط الزائد Overactive تكون دالة أو نتيجة لعدد من الاضطرابات النفسية والجسمية تتفاوت في درجتها وشدها وديمومتها، ومنها القلق الزائد، زيادة في إفرازات الغدد الدرقية، وقد تكون إصابات في الجهاز العصبي المركزي،... إلخ. وفي هذه الحالة يأتي المريض بنشاط جسمي - وعقلي زائد، منها : القلق، عدم الهدوء ، عدم القدرة على الجلوس في مكان واحد لمدة طويلة، سهولة تشتت الانتباه، ينتقل في كلامه بسرعة من موضوع إلى آخر، أحياناً ما يكون مرحاً ومسلماً وأحياناً أخرى يكون في حالة هياج وعدوانية، خاصة عند إحساسه بأن سلوكه مرفوض من المحيطين به.

كما يلاحظ لدى هؤلاء المرضى رغبة جنسية قوية مما يدفع بهم إلى سلوك جنسي منحرف، ومن صفاته أيضاً وجود أفكار العظيمة كجزء من تفكيره ويكون متفجر بالطاقة والحماس لجعل تلك الأفكار حقيقية، كما أن بعض هؤلاء المرضى يتخيلون أن لديهم ثروة كبيرة، كما يكون لديهم ثقة زائدة في أنفسهم وفي قدراتهم، ولكن الحكم على الأمور عند هؤلاء المرضى يكون ضعيفاً.

تصريف المريض المتهيج، ووضع الخطة السليمة لعلاجها:

- ١ - وضعه في بيئة خالية من الإثارة، وبالتالي إعطاءه فرصة للنوم.
- ٢ - المشاركة في نشاطات المريض، والتدخل في الحالات الحرجة.
- ٣ - إعطاءه الغذاء اللازم والمناسب، وكذلك السوائل.
- ٤ - تشجيعه على الاهتمام بنظافته الشخصية.
- ٥ - تنظيم عملية الإخراج لديه.

- ٦ - إعطاءه الدواء ، والتأكد من تناوله فى مواعيده.
- ٧ - مراقبة المريض وتسجيل حالته المزاجية.
- ٨ - منع التصرفات العنيفة والعدوانية.
- ٩ - مساعدته على الرجوع لدوره الطبيعى فى أسرته.
- ١٠ - منع المريض من إقناع نفسه بأفكار العظمة.

المريض المنعزل أو المنطوى

Withdrawn

الإنسان المنعزل أو المنطوى على نفسه هو الشخص الذى يتراجع عن إقامة علاقات اجتماعية راضية ومرضية بينه وبين الأفراد الآخرين فى بيئته، ويلاحظ أن هذا المريض يكون منعزلاً عن الآخرين، غير مهتم بالبيئة المحيطة به وما ينتظمها من مؤثرات، يرفض الاشتراك فى أى محادثة ويفضل السكوت وعدم الحديث.

والانطواء Introversion عرض مشترك يوجد فى العديد من الأمراض النفسية ولكنه يميز خاصة مرضى انفصام الشخصية، وهو مرض نفسى خطير يتميز بانفصال بين الفكر والمشاعر، ويكون هناك نزعة للانسحاب من الواقع إلى الخيال.

تمرّض المريض المنطوى أو المنعزل، ووضع الخطّة السليمة له: علاج:

- ١ - منع المريض من البعد عن التعامل مع الأفراد الآخرين فى البيئة التى يوجد فيها.
- ٢ - أن نقوم بدفعه للإحساس بشخصية المتكاملة.
- ٣ - توجيه اهتمامه إلى العالم الحقيقى الواقعى الذى يعيش فيه.
- ٤ - إشراكه فى نشاطات اجتماعية ورياضية وترفيهية مختلفة.
- ٥ - تشجيعه على الاهتمام بنفسه.
- ٦ - إدخاله فى دروس إعادة التأهيل لإكسابه مهمة معينة.
- ٧ - مساعدة الأسرة على التعامل معه.
- ٨ - منعه من العزلة فى داخل المؤسسة.
- ٩ - أن نشركه فى علاقات شخصية تقلل من إحساسه بالانزواء من الاتصالات الاجتماعية.

مرضى الشك Suspicious

فى هذه الحالة يكون المريض مقتنعاً بأن الأفراد الآخرين يفعلون أشياء ضده بطريقة عدوانية وتأتى هذه المشاعر عبر المواقف اليومية التى يتعرضون لها، ويلاحظ أن تلك المشاعر تكون جزءاً من شخصيتهم، فالمريض يكون حساساً جداً وشكاكاً فى دوافع الأفراد الآخرين، يكون له عدد قليل من الأصدقاء. ويلاحظ أن المرض الجسمى يكون عامل مساعد فى مرض الشك يدفع بالمريض إلى الانعزال، والارتياح فى مشاعر ودوافع الآخرين. وغالباً ما نلاحظ تلك المشاعر بعد سن الأربعين.

الخطة التمريضية لعلاج مريض الشك:

- ١ - تكوين علاقات طيبة وحسنة مع المريض.
- ٢ - تنمية قطاعات شخصيته والتى لم تتأثر بالأفكار الوهمية.
- ٣ - الاهتمام بإعطاء المريض الأدوية اللازمة له، والتأكد من تناوله له فى مواعيده.
- ٤ - أن يكون الاتصال بالمريض واضحاً تماماً وذلك بسبب دفاعاته وحساسيته الزائدة.
- ٥ - أن يكون هناك علاقة مهنية مع الممرضة النفسية الاجتماعية **والتي** تكون مسئولة عن إعطاء المريض دوائه قبل العلاج وبعده.

المريض العدواني

Aggressive

العدوانية دافع طبيعي، ومعظم عدوانية الفرد يكشف عنها خلال عمله وفي أوقات فراغه، وتتدرج العدوانية من الألفاظ والتعبير بالكلمات إلى الأفعال العنيفة باستخدام القوة الجسمية، وتصدر العدوانية عن المريض الذي يعاني من التوهم والهلوسة، أو من المرضى غير القادرين على إدراك المحيطين لهم. وقد تنتج العدوانية من أن بعض الأفراد لا يستطيعون التعبير عن عدوانيتهم عبر القنوات الطبيعية.

الخطوة التمريضية لعلاج المريض العدواني:

يمكن أن يمنع السلوك العدواني (العنيف، المندفع) غالباً إذا ما اتبعت الممرضة ما يلي:

- ١ - معرفتها أن المريض يجب أن يعامل بشكل جيد وبشكل شخصي.
- ٢ - إشراكه في الأنشطة المختلفة والتي تسمح له بالتخفيف من طاقة العدوان الطبيعي التي تعتمل في نفسه. وبطرق اجتماعية مقبولة، وتتيح له التعبير عن دوافعه العدوانية بطريقة اجتماعية مقبولة.
- ٣ - التقليل من العوامل التي تغشى بيئة المريض، والتي يمكن أن تسهم في تعزيز أو إثارة سلوكه العدواني، ومثال لتلك العوامل: الازدحام، الوجود غير الصادقة، الغيرة، فقدان الخصوصية، الحرية المحطمة والمحدودة، الخوف، الإحباط، الاعتقال، الخوف من شر مرتقب، الاستفادة من أعضاء الفريق الطبي، وأقرانه من المرضى، نقص الاحترام.
- ٤ - منع تفكير المريض في الانتحار.
- ٥ - مساعدة المريض على تكوين أهداف بعيدة المدى.
- ٦ - وجود سياسة خاصة للتعامل مع حوادث العنف.
- ٧ - التأكد أن كل هيئة التمريض تعامل المريض معاملة حسنة تخلو من العنف.

عندما يكون المريض عنيفاً :

- هناك أوقات كثيرة تقلل فيها من جهود الممرضة - خاصة من طرق المريض الذى يسلك بطريقة عنيفة، وفيما يلى عرض لبعض الخطوات الإرشادية التى يجب أن تتخذى عند صدور ذلك العنف من المريض:
- ١ - حاولى وبهدوء، أن تضعى فى اعتبار المريض، أنه سوف يكون مسئولاً أمام الممرضة عن سلوكه هذا، من خلال إقامة علاقة اجتماعية جيدة ومستقرة بينهما.
- ٢ - تصرفى بطريقة هادئة، ولا تتصرفى أبداً باستجابات زائدة قد تستدعيها طبيعة الموقف المتوتر.
- ٣ - لا تتكلمى مع المريض بطريقة فردية، وحاولى تجنب إحراجه مع بقية المرضى.
- ٤ - الدعوة لمساعدته، فحضور عدد من أعضاء الفريق الطبى يمكن أن يردعه عن سلوكه هذا.
- ٥ - لا تنسى أبداً أن المريض فى حاجة إلى العلاج وليس إلى العقاب ومن ثم يجب أن يحمى.
- ٦ - تجنب إيذاء الحالة، وقد يستدعى الموقف التحفظ على المريض، وقد يكون هذا الإجراء من جانب بقية المرضى، وأعضاء الفريق الطبى.
- ٧ - حاولى عند حدوث موقف خطير استبعاد المرضى الآخرين وذلك من أجل سلامتهم.
- ٨ - يجب استبعاد أى شىء يمكن أن يحدث إصابات بالمريض (كالساعة والخواتم... إلخ)، أو غيرها التى يمكن أن يستخدمها كأسلحة.
- ٩ - إذا كان من الضروري التحفظ على المريض فيجب تجنب أى ضغط على قطاعات (الرأس، الحلق، الصدر).

مريض الاختلاط الذهني Confused

يمكن التعرف على هذا المريض وذلك عن طريق سلوكه وتصرفاته، ويتسم هذا المريض ببطء واضح فى إدراكه للأشياء من حوله، الذهول الدائم، والارتباك، عدم القدرة على التعبير عن النفس بنظام، فقدان الإحساس بالمكان والزمان، وقد تظهر تلك الصفات غالباً بعد العمليات الجراحية، وفى حالات الأنيميا الشديدة، وحالات الفشل الكلوى، وكذلك قد تظهر فى حالات الفشل فى وظائف القلب.

وقد يتسم سلوك المريض هنا بالقلق الزائد، والاكتئاب، فقدان الذاكرة للأحداث القريبة من حياته، وقلة اهتمام المريض بنفسه، وفقدان المريض بصيرته وإدراكه وقدرته على الاسترجاع. وتلك هى أكثر التغيرات الحادثة عند مريض الاختلاط الذهني، وقد يلاحظ أن هذه الحالة غالباً ما تكون أكثر وضوحاً عند كبار السن.

الخطوة التمريضية لعلاج مريض الاختلاط الذهني:

- ١ - تحسين نوعية الحياة عن طريق الرعاية الشخصية، الاجتماعية للمريض.
- ٢ - مساعدة أسرة المريض.
- ٣ - المحافظة على شخصية المريض وهويته.
- ٤ - محاولة التحكم فى البيئة المحيطة بالمريض للمحافظة على سلامته.
- ٥ - المحافظة على نظافة المكان وراحته، وعدم شعوره بالألم. وكذلك الاتصال الدائم به بشكل يغشاه التعاطف مع حالة المريض النفسية والجسمية والعقلية.
- ٦ - مساعدة المريض فى أن يعيش حياة منظمة لها معنى عن طريق تنظيم نشاطاته اليومية، للقيام بها.
- ٧ - منع الحرمان الاجتماعى عن طريق توفير بعض النشاطات البسيطة له.

- ٨ - مساعدة المريض على النوم الهادئ، وإعطائه الغذاء اللازم.
- ٩ - إعطاءه الدواء المناسب لحالته الذهنية، والتأكد من تناوله في مواعيده المقررة.
- ١٠ - تنظيم عملية الإخراج لديه، خاصة في حالات المرضى الذين وصلت حالتهم إلى شكل متدهور.

المريض الذى يحاول الانتحار وكيفية تمريضه

- يلاحظ أن المريض الذى يحاول الانتحار:
- ١ - ليس من الضروري أن يبدو حزيناً أو بائساً.
 - ٢ - غالباً ما تخف قدرته على التحدث عن مشاعره، ولكنه من ناحية أخرى لا يعتبر للمخاطر الصغيرة لأنه يريد لها.
 - ٣ - لا يجرؤ على أى تفكير انتحارى، ولكن هذه الأفكار لا تؤخذ دليلاً على أنه لا يخفى تلك الأفكار.
 - ٤ - أنه عادة ما يعطى الآخرين بعض التحذيرات عن مقاصده وذلك خلال الجمل اللفظية له، وكذا لغة جسمية Body Language.
 - ٥ - يمكن لهذا المريض أن يحاول الانتحار فى أوقات معينة، وذلك عندما تبدو الممرضة أقل مراقبة ويقظة له. مثال : أن الفريق العلاجي مشغول طوال الوقت، أو الليل عندما يكون هناك أفراد قلائل من الفريق، أو فى أوقات إشراف الممرضة على توزيع وجبات الطعام.
 - ٦ - يمكن أن يشكل هذا المريض خطورة كبيرة إذا كان اكتسابه مصاحباً بالشعور بالذنب، الحرمان من النوم، هبوط تقديره لذاته (شعوره بالنقص).
 - ٧ - يجب ملاحظة هذا المريض بعناية زائدة وحرص خاصة عندما يصبح أكثر نشاطاً، بعد فترة من التأخر.

الطرق التي يمكن للمريض أن يتحرر بها

- ١ - تناول جرعات زائدة من الأدوية.
- ٢ - ابتلاع السم، أو شمه.
- ٣ - القفز من ارتفاعات كبيرة.
- ٤ - القفز أمام سيارة مسرعة أو دراجة.
- ٥ - إطلاق الرصاص على نفسه.
- ٦ - قطع شرايين يده أو رقبته.
- ٧ - الاختناق Suffocation
- ٨ - الغرق.
- ٩ - الشنق
- ١٠ - الموت جوعاً.
- ١١ - الصعق بالكهرباء.
- ١٢ - قيادة السيارة (المركبة) دون هدف مرضى.
- ١٣ - الاحتراق.

أحوال أخرى يمكن أن تؤدي إلى الانتحار:

- ١ - أمراض الفصام Schizophrenic Illness :

خاصة في حالات صغار السن الذين يكونون خائفين من تغير تفكيرهم ومشاعرهم.

- ٢ - الأمراض الجسمية الخطيرة Serious Physical Illness :

وذلك عندما يكون هناك آلام قاسية ومستمرة.

- ٣ - زملة أعراض المخ العضوية Organic Brain Syndrome :

عندما يتمكن الفرد من معرفة أن قواه العقلية تتدهور.

٤ - الشخصيات الباحثة عن الاهتمام -Attention Seeking Personalities

: ties

فهذه شخصيات تريد أن تكسب تعاطف أو حب الآخرين.

٥ - تعاطى وإدمان المخدرات Alcoholism and Drug Addiction :

وهنا يبحث الفرد عن التخفف من مشاكله أو يرغب في أن يجنب الآخرين تلك المشاكل.

٦ - الشخصية السيكوباتية Psychopathic Personality :

يمكن أن نجد أن عملياتها العدوانية من الصعب التعامل معها. ولذلك فهو يعكسها أو ترتد إلى نفسه.

الفصل السادس

الاضطرابات الذهانية

- تمهيد.

أولا : الفصام

ثانيا : الذهان الدورى.

أنماط العلاج المختلفة

العلاج بالمجتمع أو المجتمع العلاجى

استخدام الأدوية فى الرعاية النفسية

الفصل السادس

الاضطرابات الذهانية

تمهيد:

سبق الإشارة عند تصنيف الاضطرابات النفسية إلى أن المرض العقلي /
الذهان Psychoses هو اضطراب خطير فى شخصية الفرد بأسرها : المزاجية
والعقلية والمعرفية، والإدراكية، ويكون لهذا الاضطراب صداه الخطير على
توافق الفرد النفسى والاجتماعى والمهنى والدينى والعائلى.

وبما يجدر ذكره هنا أن الأمراض العقلية إما عضوية وهى ما كان لها
أساس عضوى معروف كتلف النسيج العصبى للمخ من الزهري أو المخدرات
– أو تصلب الشرايين كجنون الشيخوخة، وجنون المخدرات أو الشلل الجنونى
العام – أو تكون الأمراض العقلية وظيفية أى تكون العوامل النفسية غالبية فى
أحداثها كالفصام، والذهان الدورى، وهى الأمراض التى لا يستقيم تفسيرها
بعوامل بيولوجية وتشريحية كما يستقيم بعوامل نفسية واجتماعية.
(٢٠٩: ٢٠)

وفى هذه الفقرة نتناول تلك الأمراض العقلية الوظيفية وهى أمراض:

أ – الفصام

ب – الذهان الدورى

أولاً – الفصام : Schizophrenia

هو مرض ذهانى وظيفى يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية
والعقلية. التى تؤدى إن لم تعالج فى بدايتها إلى اضطرابات أو تدهور واضح
فى الشخصية والسلوك فى جوانبه المختلفة، أى أن هذا الاضطراب يشمل
الجانب العقلى والوجدانى من شخصية المريض ويبدو فى سلوكه فى شكل
تدهور واضح.

ويعتبر أميل كريبلين Emile Kraepelin أول طبيب نفسي وصف الفصام وسماه بالعتة المبكر Dementia Praecox، فعندما وضع كريبلين مؤلفه الضخم عام ١٨٩٦، كان يعتقد أن الفصام متى أصاب شخصاً أدى به إلى تدهور متزايد مستمر دون أدنى احتمال للشفاء أو للتحسن، ولحسن الحظ فمثل هذا الاعتقاد لم يعد صحيحاً، والواقع أن واحداً من بين كل ثلاثة فصامين يشفى تماماً، وأكثر من الثلث يتحسن بدرجة تكفى لأن يحيا حياة عادية.

وهناك سمات معينة للفصامين لا يقبلها أى مجتمع وهى:

١ - أن الفصامى لا يسلك دائماً سلوكاً متوائماً مع الموقف - ولا متسقاً مع توقعات المجتمع. فالمجتمع يستند إلى النظام. والتضامن. والرضوخ لأعرافه وتقاليده، وعزل المريض الفصامى بالمستشفى إنما يستهدف حمايته وحماية الغير منه.

٢ - أن الفصامى يبدو شخصاً يصعب التآلف معه، يعزف عن الناس، يعطى انطباعاً بالخوف منهم أو برفضه إياهم، فهو يتخذ أحياناً وضعاً يبدو فيه وكأنه ليس لديه ما يفعله إزاء ما يحدث حوله أو يبدو وكأنه ينظر إلى الكون بأسره بترحم لا حد له.

٣ - الفصامى ذو الميول (البارنويا) يتسم سلوكه بتصيد أخطاء الناس جميعاً وكل ما من شأنه إثبات أنهم غير منصفين.

٤ - الفصام لا يسبب ألماً عضوياً، ولكن شدة المعاناة العقلية التى تنشأ عنه من الضراوة جداً يجعل المريض يقبل فى سرور مقايضته ألماً عضوياً، أملاً أن يخفف الألم العضوى الناجم عن المرض من هول الألم العقلى. هذا الألم العقلى الهائل الذى تشتد حدته فى المرحلة الأولية للمرض، تسبقه بدوره معاناة طويلة لم يلحظها أحد.

٥ - الفصامى ليست لديه إحساس بالزمن، فالزمن كما يحس به لم يعد يتحرك فليس ثمة تقدماً إلى الأمام ولا تراجع إلى الخلف بل هو متوقف بلا حراك عند تلك الحالة من الدمار.

٦ - الفصامي لا يستطيع التمييز بين الواقع والخيال، وليست لديه القوة لأن يبدى إرادته فى أى موقف من مواقف حياته.

ولذلك فالفصام هو حالة عقلية غير سوية تصيب الكائنات البشرية وحدها، وتغير تغييراً عميقاً من أنماط تفكيرهم، وشعورهم، وسلوكهم تجاه العالم بحيث تختلط لديهم الحقيقة بالوهم وتؤدى إلى تبنى أساليب حياتية لا تتسق مع الواقع.

الفصام لا يظهر فجأة:

حين يبدو الفصام فى الظهور - عادة فى مرحلة الرشد المبكرة فإن ظهوره لا يعنى أنه حديث التكوين تماماً بل هو استمرار لسلسلة من الإجراءات غير السوية كانت غائمة عن عيون أفراد الأسرة وعن وعى المريض نفسه. كما أنه ليست هناك تحاليل أو فحوص طبية نستطيع بواسطتها الكشف عن حدوث الفصام مستقبلاً لشخص ما ولا حتى لإثبات وجوده حين يحدث وهناك علامات متفاوتة الشدة لحدوث الفصام - ولكنها ليست دليلاً مؤكداً أو حتى مرجعاً لحدوث الفصام - ولكن حقيقة الأمر أن معدل حدوثه بين أفراد تلك المجموعة سيكون أعلى عدة مرات منه فى عموم الناس، ومن تلك العلامات :

١ - حدوث تغير ملحوظ فى الشخصية : ويحدث ذلك أحياناً بإيقاع بطيء حتى أن من يعيش مع هذا الشخص لا يلحظ عليه أدنى تغير - لكن من يغيب عنه طويلاً يعتقد حين يراه أنه شخص آخر: أقل تنبهاً، أكثر تردداً، أقل فاعلية، انخفاض مستوى تحصيله الدراسى حتى يصبح عرضة للرسوب، يصبح لا مبالياً تجاه كثير مما يواجهه فى بيئته من أشياء وأناس.

وقد يحدث العكس أحياناً إذ نجده قد أصبح انبساطياً ربما إلى حد الوقاحة فى أمور كان موقفه منها يتسم بالخجل والتحفظ الشديد كالأمور الجنسية، وفى بعض الأحيان الأخرى يصرح لأهله وأصدقائه

بعدم قدرته على التحكم فى اندفاعاته السلوكية، أذ تصدر عنه بعض الأفعال التى يجب أن يكون لديه شعور بمسئوليته عنها، إلا أنه يشعر بتجاهها كما لو كانت صادرة عن سواه.

٢ - قد يصبح الشخص غير مستقر على حال دائم التحفز لفعل ما، يسأل كثيراً من الأسئلة دون داع، يصبح شديد الحساسية، يميل إلى إساءة التفسير لأمر عادية، وهناك حالات يميل الناس فيها إلى نسبة مقاصد خاصة أو خاطئة إلى تصرفات الآخرين بتجاههم، وعامة لو تكررت شدة الحساسية وسوء التفسير لمقاصد الآخرين وتصرفاتهم العادية فمعنى ذلك أن ثمة متاعب مرضية فى طريقها إلى هذا الشخص.

٣ - الانسحاب التدريجى من الحياة حيث ينمو لدى الشخص ميل متزايد للتحفظ وللانغلاق على الذات حتى يصبح شخصية منطوية على ذاتها، وقد يجهد نفسه كيلا يصبح أمره لافتاً للنظر... يبدو أنه أقل تلقائية، غير مبال بما يجرى حوله، ساعياً إلى اختزال احتياجاته، مقللاً من تعامله مع الآخرين، ومن نشاطاته إلى أقصى حد، وفى بعض الحالات يحتفظ بعلاقات شخصية محدودة.

٤ - قد يصبح الشخص قلقاً يعانى من إحساس شديد بعدم الأمان، دائم التوجس إلى حد اليأس، شاك بدرجة زائدة من إمكان أن يتجاهه فى أى شىء، مشغول البال بعدم جدوى أفعاله، يتوقع الفشل فى كل شىء، يحجم عن التحدث عما يدور بداخله خشية أن يسىء الآخرون فهمه.

٥ - يعانى من قلق بالغ - وأحياناً يبدو قلقاً تجاه كل شىء، بل قد يصل به الأمر إلى أن تسيطر عليه مخاوف غير منطقية، وهنا نجد أن حالات الإفراط فى تعاطى الكحول إلى درجة التسمم الكحولى المتكرر، وحالة تعاطى العقاقير المؤثرة على الحالة النفسية، فتلك حالات يحاول فيها المريض أن يخفى عن نفسه أو يدفع عن نفسه إحساساً بالقلق هو من الشدة بحيث يمكن أن يدفع به إلى حالة فصامية. كذلك فالعقاقير

المؤثرة على الحالة النفسية يمكن أن تكون بمثابة مهرب - لكنه مهرب وهمي من حالة القلق التي يعاني منها.

ويلاحظ أن تلك العلامات المنذرة يتوافر حدوثها بالذات فيمن هم في أواخر المراهقة حتى أوائل العقد الثالث، وعلى أية حال فمن المهم أن نلاحظ أن العلامات المنذرة في أوائل المراهقة والطفولة حيث إمكانية حدوث الفصام عموماً لا تزال بعيدة.

٦ - المراهق هو شخص يكون شغوقاً بإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، شغفاً يصل إلى حد الهوس، ثم يعقب هذا الهوس في دخول خبرات جديدة انسحاب سريع من العلاقات الاجتماعية ثم يتجدد الشغف ويتجدد الانسحاب به وهكذا مثل هذا السلوك يكون مدعاة للاهتمام ويجب علينا استشارة أحد المختصين، كذلك فإن السلوك المتسم بالسلبية لدى الطفل دونما أن يظهر شخصيته وأصالته، هي حالة تتطلب مزيداً من البحث كذلك.

ويلاحظ أن بعض مرضى الفصام يحتفظون بسمات غير ناضجة إلا أن معظمهم يكونون على درجة عالية من النمو النفسي قبل الإصابة بالمرض، وحتى حين إصابتهم به فإنهم يبدون قدراً كبيراً من النضج لكنه ممتزج ببعض السمات غير الناضجة التي حدث لها تثبيت منذ الطفولة ولذلك فالفصام هي حالة عقلية غير سوية ذات تاريخ طويل يسبق زمنياً لحظة حدوثها الظاهري.

أنواع الفصام:

يصنف الفصام إلى أنواع عدة، وفقاً لنوع الأعراض السائدة في كل منها، إلا أننا نجد حالات عديدة تختلط فيها الأعراض بحيث يصعب إدراجها تحت أي نوع منها، ويعد أميل كريبلن الذي وصف الفصام لأول مرة تحت اسم العته المبكر، صاغ الطبيب النفسي السويسري بلوير Bleuler

أربعة أنواع من الفصام إلا أن هناك صنف خامس هو الفصام الوجداني، وتلك الأنواع هي:

- | | |
|------------------|---------------------------------|
| Paranoid | ١ - النمط البارانوي |
| Hebephrenic | ٢ - الفصام الهيفريني |
| Catatonic | ٣ - الفصام الكاتاتوني (التصلبي) |
| Simple | ٤ - الفصام البسيط |
| Schizo affective | ٥ - الفصام الوجداني |

١ - النمط البارانوي:

من أبرز أعراض هذا النمط من الفصام هذات العظمة، وهذات الاضطهاد، فيه يعتقد المريض أن الآخرين يتهمونه بالصفات التي لا يحبها في نفسه، بل يصل في النهاية إلى أن ينسب لهم الصفات التي لا يستطيع قبولها في نفسه - فهو يبدأ بالشك في الآخرين، ثم لا يلبث أن يصبح موقناً بأنهم يدبرون له مكيدة أو يتآمرون ضده. ويلاحظ أن المعتقدات الضلالية تحدث في هذا النوع من الفصام بمعدل أكبر من الأنواع الأخرى، قد تكون ضلالات اضطهاد أو عظمة أو توهم الأمراض.

٢ - الفصام الهيفريني:

يتسم المصابون بهذا النوع من المرضى بضحالة الانفعالات، وعدم ملاءمتها للظروف، كما تظهر فيه هلاوس وهذات غير متسقة أى غير متسقة فيما بينها، كما يتسمون باستخدام ألفاظ وعبارات لا معنى لها عند الآخرين، وكذلك القيام بأعمال سخيفة أو مزرية.

الفصام الكاتاتوني أو التخشي:

من أكثر أنماط الفصام انطواءً وانزواءً على أنفسهم، وأشدّهم كذلك عناداً وعصياناً ومخالفة لما يطلب إليهم، ومن أبرز سمات هذا النمط من

الفصام هو اتخاذ المريض أوضاعاً جسمية ثابتة أو متخشبّة يظل عليها لساعات طويلة دون تعب أو ملل. فإن حاول أحد تغيير الوضع قاومه المريض أو أطاعه مؤقتاً ثم يعود سيرته الأولى مرة أخرى.

٤ - الفصام البسيط:

نمط من أنماط هذا المرض تقل فيه الهلاوس والهذات، ويظهر فيه الخمول والبلادة وعدم الاهتمام أو النشاط أو المبادأة مع ضعف الصلات الاجتماعية، وبرودة الاستجابات الانفعالية، وتدهور تدريجي مطرد في القوى العقلية.

٥ - الفصام الوجداني:

إلى جانب الأعراض الفصامية نجد تغيرات واضحة في الحالة الوجدانية أو المزاجية، وهي تغيرات قد تسم نوع آخر من الأمراض الذهانية هو (ذهان الهوس - الاكتئاب) حيث نجد المريض يمر بفترات من الاكتئاب - وفترات من المرح قد يصل إلى حد التشوة. وقد يشفى هذا المرض ولكنه سرعان ما يعود ثانياً إلى الظهور.

ويمكن تقسيم مسار الفصام إلى أربع مراحل:

- المرحلة الأولى تمتد من بداية فقد المريض صلتة بالواقع إلى أن تكتمل لديه الأعراض الفصامية.

- المرحلة الثانية - وهي مرحلة متقدمة يبدو فيها المريض متقبلاً لحالته - فالأعراض المرضية لا تظل مصدراً لانزعاج المريض كما كانت من قبل في المرحلة الثالثة وهي المرحلة قبل النهائية تفقد الأعراض حدتها الأصلية، وتصبح متشابهة إلى حد كبير في أنواع الفصام كافة حتى ليصعب معه التمييز بين الأنواع المختلفة خاصة بين نوع بارنوبى ونوع كاتاتونى.

أما المرحلة الرابعة فيتسم سلوك المريض فيها بالاندفاعية وبالأفعال الانعكاسية.

أسباب الفصام:

وعودة إلى أسباب الإصابة بالأمراض العقلية والتي عرضناها في بداية هذا الجزء ومنها عوامل: الوراثة، الاضطرابات العضوية، الاضطرابات البيوكيميائية، الضغوط الاجتماعية، العلاقات العائلية، العمر، الجنس، السلالة، الطبقة الاجتماعية،... إلخ، فبالإضافة إلى هذه العوامل فإن الأحداث السيكولوجية في حياة المريض من بين العوامل شديدة الأهمية في حدوث الفصام، حتى وإن تطلبت تهيئة بيولوجية معينة كى يتيسر لها ذلك فالأوضاع الأسرية، وخبرات الطفولة والمراهقة والشباب المبكر تكون سلسلة من الأسباب والنتائج تؤى إلى أسلوب في الحياة يتميز بعدم الاستقرار، وبأنه عرضة للتغيرات المرضية وهو يحازل طوال حياته - المتسمة بالقابلية العالية للتغير المرضى - بناء دفاعات نفسية أى وسائل نفسية يسعى عن طريقها إلى حماية إحساسه بهويته وبتفرد ذاتيته، وعندما يثبت فشل تلك الدفاعات ويصبح غير قادر على قبول نفسه على الإطلاق يلجأ لما يمكن تسميته بالدفاع الذهاني، وهنا تظهر أعراض الفصام وتسمح له بأن يستمر في الحياة بقدر أقل من الألم.

ثانياً - الذهان الدورى Manic-depressive Psychosis

هو اضطراب عقلى وظيفى - وجدانى تتناوب فيه المريض حالات من الهياج والهوس وأخرى من الاكتئاب والهبوط دون سبب ظاهر أو مثير كاف فى معظم الأحيان، لهذا يعرف بالذهان الدورى أو النواب (٢٠: ٢٢٣) - ويمكن تمثيله على النحو الآتى :



أولاً : نوبات الاكتئاب

١ - الاكتئاب الذهاني أو العقلي أو الداخلي

Endogenous Depression

يمكن تقسيم الأعراض المميزة لهذا المرض على النحو الآتي:

- ١ - أعراض اكتئابية وجدانية وتتميز بالتغير النهاري إذ تزيد في فترة الصباح ويتحسن تدريجياً أثناء اليوم حتى تقل حدتها في المساء، وتبدأ هذه الأعراض بحالة شبيهة من الانقباض والضيق والاكتئاب ثم يهبوط الروح المعنوية، ثم بفقدان لون الحياة وقيمتها، ثم التساؤل عن قيمتها، ثم تتباه نوبات متكررة من البكاء الهادئ أو الصراع الحزين، ثم تزيد وطأة الاكتئاب ويحس بفقدان الأمل، فيعيش في حالة من الرعب والجزع، والارتباك الشديد يصاحبها أحياناً أعراض عضوية.
- ٢ - أعراض سيكولوجية : مثل اضطراب الوظائف العقلية (مثل قلة الانتباه وقلة التركيز، واختفاء سرعة البديهة، واضطراب التفكير وتوهم العلل البدنية.
- ٣ - الشعور بعدم الأهمية والتقليل من الحط من قيمة الذات، والهذات والهلاوس واختلال الإدراك للذات وللعالم الخارجى.
- ٤ - أعراض فسيولوجية : أهمها اضطراب النوم، وفقدان الشهية والإمساك والضعف الجنسي واضطرابات الطمث.
- ٥ - أعراض سلوكية : الهبوط في الحركة والكسل والخمول الذهني والجسدى ويبدو على الوجه علامات الحذر والكآبة، وتقل القدرة على العمل وأحياناً يرفض الذهاب إليه، بالإضافة إلى فقدان الاهتمام بالمظهر والإكثار من الكلام والثرثرة.

٢ - الاكتئاب النفسى أو التفاعلى

Reactive Depression

سبق الإشارة إليه عند الحديث عن الاكتئاب وذلك فى سياق الاضطرابات العصبية.

٣ - الاكتئاب المختلط

أحياناً كثيرة ما تختلط أعراض الاكتئاب النفسى أو التفاعلى مع أعراض الاكتئاب العقلى أو الداخلى، ويصعب فصلهما عن بعضهما، ويتسبب هذا الاختلاط فى وجود نوع خاص ومختلف من العلاج لهذه الحالة والتي تسمى بالاكتئاب المختلط.

ثانياً : نوبات الهوس Manic

١ - الهوس الخفيف (تحت الحاد) Hypomania

وهو أخف أنواع ذهان الهوس، ويتميز سلوك المصاب به بالنشاط المستمر دون الشعور بأى تعب، وبالرغبة فى احتكار الحديث، ورفض أية معارضة لما يقول أو يفعل، كما أنه يصعب عليه احتمال النقد، كما يلاحظ على المريض هنا أنه يزوج بنفسه فى أمور لا تخصه ويطلق لعواطفه العنان ويبدأ فى أن يصبح مسروراً سعيداً فى سلوكه ملتزماً بالآداب والتقاليد العامة ثم عندما تشتد الحالة فجأة يتحول سلوكه فلا يلتزم فيه بأداب التقاليد العامة.

٢ - المرح الحاد Acute Mania

ينشأ هذا النوع من الاضطراب نتيجة لعدم علاج النوع السابق إذ تظهر فجأة أعراض حادة تشابه أعراض الهوس تحت الحاد ويتميز هذا النوع بما يلى:

١ - المرح والنشوة والبهجة المستمرة مع الإحساس بقوة جسدية خارقة مع اختلاف المظهر الخارجى الدال على ذلك.

- ٢ - كثرة الحركة والتهيج والإثارة دون هدف واضح ودون الشعور بالتعب والإرهاق، ويستمر على هذا الحال لمدة عدة أيام أو عدة أسابيع.
 - ٣ - الرغبة الملحة فى السيطرة والسيادة وإعطاء الأوامر، والعنف الشديد إذا قاومه أحد.
 - ٤ - تطاير الأفكار بشدة والانتقال بين الموضوعات دون رابط بينها.
 - ٥ - سرعة الانتباه والبديهة والإحساس القوى بكل ما يحدث حوله ولكن يشك دائم.
 - ٦ - الغرور الزائد وهذات العظمة.
 - ٧ - أحياناً ما يعاني المريض من اختلال عقلى وتشوش فى الوعى.
 - ٨ - اضطرابات فسيولوجية فى هيئة أرق دائم وفقدان للشهية أو العكس مع الشهوة الجنسية الملحة.
- ويلاحظ أن هذه الأعراض تزيد فى الصباح وتقل فى المساء تماماً كالنوع السابق، ولكن هذه الحالة قد تستمر لعدة أيام أو أسابيع.
- ٣ - الهوس المزمن (فوق الحاد) Chronic Mania
- وتستمر هذه الحالة سنوات طويلة دون تغيير، ولا تختلف أعراض المرح المزمن عن الأعراض السابقة إلا أنها أقل حدة وأطول بقاءً. ويكون المريض سعيداً هادئ طيب المجلس، ثم تنقلب فجأة ويأتى بحركات خارجة عن السلوك والآداب الاجتماعية، ولا يتحمل المسؤولية، ولا يمكن الاعتماد عليه. (٢٧ : ٢٢٠-٢٣٥).

أنماط العلاج المختلفة

النمط الطبى البيولوجى

Medical Biological Model

ويعتمد هذا النمط العلاجى على مقولة أن الأمراض العقلية هى حالات جسمية Physical تنشأ عن عدم سواء أو (انحراف) فى عمليات الهدم والبناء. أو الكيمياء العضوية للجسم ومن ثم يمكن أن تعالج بواسطة الوسائل الطبيعية Physical Methods مثل العلاج الكيماوى Chemotherapy أو العلاج بالصددمات الكهربائية Electropexy

النمط السلوكى

Behavioural Model

ويعتمد هذا النمط على أن المصاب/الذهان هو سلوك متعلم، ومن ثم فإن الأمراض العقلية يمكن أن تعالج بواسطة فحص أنماط السلوك الحاضر، وإمكانية تحويله بالأشراط، ومن ثم فإن التدعيم الإيجابى / السلبى بتقوية أو إضعاف الأشراط يكون مناسباً فى هذا النمط.

النمط التحليلى النفسى

Psychoanalytical Model

يعتمد هذا النمط على أن الأمراض العقلية يمكن أن تفسر فى ضوء العوامل السيكلوجية وتكون متأثرة بالرغبات اللاشعورية، والانفالات، والدوافع، والتشقة الاجتماعية، ومن ثم تعالج بواسطة المبادئ السيكدينامية كالعلاج السلوكى، التحليل النفسى، تفسير الأحلام،... إلخ.

نمط العلاقات الاجتماعية والشخصية

Social Interpersonal Model

ويعتمد هذا النمط على أن الأمراض العقلية تنشأ بسبب خلل العلاقات الشخصية بالأسرة والمجتمع، ولذلك يجب أن يتضمن العلاج النظر إلى المريض كعضو فى جماعة ويحتاج إلى تنمية علاقات اجتماعية صحية مشبعة سواء فى حياته أو عمله، ومن أمثلة ذلك النمط العلاجى : علاج المجتمع أو العلاج الجماعى.

النمط الانتقائى

Eleclie Model

ويعتمد هذا النمط على أن الحاجات العلاجية للمريض يجب أن تتناسب مع حاجات الفرد المريض والتي تؤدى إلى نشأة الأمراض العقلية، وهو نمط متعدد العوامل، وهذا النمط هو النمط العلاجى المناسب الذى يسهم فى علاج المريض، ولذلك يجب أن يستخدم هذا النمط كأساس لبقية أنماط العلاجات الأخرى.

العلاج بالمجتمع أو المجتمع العلاجي

هو نمط من أنماط العلاج يقدم المريض وبيئته بطريقة يمكن أن تؤدي إلى تغيرات إيجابية في سلوكه، فالعلاج بالبيئة يشجع التعبير الذاتي، ويستخدم عمليات الجماعة كأداة رئيسية في تحقيق التوازن النفسي للمريض.

ومن بين المرضى الذين يستفيدون من هذا النمط العلاجي المرضى ذوى الشخصيات السيكوباتية أو الذين يجدون صعوبة في التحكم في عملياتهم العدوانية الموجهة نحو المجتمع، ولا شك أن كل الحالات التي تتعرض لضغوط الجماعة، يمكن أن يحسب تأثير تلك الضغوط على سلوكهم - هنا يبدو السلوك غير متوافق ومعايير الجماعة وقيمها، أو بمعنى أدق أن هذا السلوك يقابل بعدم اتساق الجماعة وقيمها ومعاييرها وأنماط سلوكها فتماسك الجماعة لا يسمح لأى عضو من أعضائها أن يكون خطيراً في سلوكه أو أن يأتى بسلوك مدمر، والمريض الذى يكون متورطاً في سلوك مضاد للمجتمع يتعلم أن يتقبل مسؤوليته عن أفعاله، وفشله في الاتساق والجماعة يمكن أن يؤدي إلى انعزاله عن الجماعة. ويلعب فريق التمريض - خاصة الممرضة النفسية - دوراً في تشجيع استقلال المريض وذاتيته، وتعليم المرضى تحمل مسؤولية أفعالهم تدريجياً داخل عنبر المستشفى وفى مشاكل الحياة اليومية.

ويلاحظ أن كلا أعضاء الفريق الطبي، والمرضى يسيرون على فلسفة كلية في العلاج من خلال المجتمع. ويلاحظ أن تأثير الجماعة يكون بمثابة قوة مؤثرة في ضبط والتحكم في السلوك المؤذى أو غير المرغوب فيه. فهو يسمح بتعلم جديد يأخذ مكانه في شخصية الفرد ويكون له قيمة علاجية أكثر تأثيراً يمكن أن يؤدي إلى تغيير في معايير المريض وسلوكه.

استخدام الأدوية فى الرعاية النفسية

يجب على الممرضة أن يكون لديها فكرة واضحة عن قواعد تخزين الدواء، وطرق إعطاء الأدوية، كما يجب أن يكون لديها أيضاً فكرة عن الأدوية المستخدمة فى علاج الأمراض النفسية والذهانية والعصبية. ويلاحظ أن دور الممرضة فى إعطاء الدواء يشكل جزءاً هاماً من وظيفتها فى الفريق العلاجى.

ويجب معرفة أن جميع الأدوية باختلاف تركيبها الكيميائى يكون لها تأثير مرضى وجيد، ومن المحتمل أن يساعد الدواء المريض على الشفاء بمجرد اقتناع المريض بأخذ الدواء، وهنا يجب على الممرضة عند إعطاء المريض الدواء أن تعرف أن إحساس المريض بنجاح العلاج يؤثر على نتائجه، وغالباً ما يكون سلوك الممرضة فى المستشفى له تأثير على المريض فى استكمال العلاج حتى بعد خروجه من المستشفى.

وعلى الرغم من أن الأدوية الحديثة قد أحدثت تغيرات كبيرة فى المرضى النفسىين إلا أن الممرضة يجب أن تعرف أن الأدوية لا تغنى عن الرعاية التمريضية الصحيحة، ومن الملاحظات الهامة فى هذا الصدد:

- ١ - عدم إعطاء المريض أى دواء إلا بأمر من الطبيب المختص بوصف العلاج والدواء الصحيح. ويكون هذا الأمر كتابياً وليس شفويًا.
- ٢ - إذا احتاج الأمر إلى تخدير عام أو موضعى فيجب على طبيب البنج معرفة كل الأدوية التى يأخذها المريض.

ويجب على الممرضة معرفة الآتى:

- ١ - جرعة الدواء.
- ٢ - عمل الدواء وتأثيره العلاجى.
- ٣ - الآثار الجانبية للدواء.
- ٤ - الطرق التى يمكن بواسطتها التحكم فى الآثار الجانبية وتجنبها.

- ٥ - الأدوية الأخرى الممنوعة التي تعاكس تأثير الدواء الأصلي للمريض.
- ٦ - الاحتياطات المتخذة للحفاظ على سلامة المريض أثناء تأديته نشاطاته اليومية.
- ٧ - الاختبارات العملية اللازمة لكي تتابع الدواء وتركيزه في الجسم.
- ويجب التنبيه على:

أن مشرفة التمريض، والمرضة يجب عليها تأدية عملهما على أكمل وجه، وعدم التكاسل ومراعاة الضمير في عملهما إرضاءً لله سبحانه وتعالى، ومساعدة المرضى على الشفاء.

الفصل السابع

السيكوباتية

- تمهيد.
- السلوك السيكوباتي بين العصاب والذهان
- مكونات السيكوباتية
- أعراض السيكوباتية
- تصنيف السيكوباتية
- ديناميات السلوك السيكوباتي
- قياس الانحراف السيكوباتي

الفصل السابع

السيكوباتية

تمهيد:

السيكوباتية حالة تتميز بعجز بالغ عن التوافق الاجتماعي يلزم المريض سنوات عدة أو طول حياته دون أن يكون هذا العجز نتيجة لمرض نفسي مألوف أو نتيجة مرض عقلي أو نقص بارز في الذكاء، أو نتيجة تلف أو عطب عضوي أو عصبي. فهي حالة مرضية تبدو في سلوك اندفاعي متكرر يستهجنه المجتمع أو يعاقب عليه، وذلك دون علامات على الضعف العقلي أو المرض العقلي أو العصاب أو الصرع أو المرض العصبي.

ومن أبرز سمات السيكوباتي عدم النضج الانفعالي، وعدم الاستقرار الانفعالي والضحالة الانفعالية ... ويتجلى هذا في الاندفاع والتهور والعجز عن ضبط النفس واحتمال الحرمان والاحباط. هذا بالإضافة إلى تقلب ظاهر في معاملة الناس وعجز عن المثابرة وإتمام عمل أو مشروع إلى جانب السطحية في الانفعال وعدم الافادة من التجارب السابقة. (١٨٢-١٨٤)

أولاً : السلوك السيكوباتي بين العصاب والذهان :

السلوك السيكوباتي (في رأى مدرسة التحليل النفسي) ضرب من ضروب السلوك العصابي، فكلاهما يقوم على صراعات لا شعورية، وكلاهما لا يخضع للضبط الإرادي للفرد، وكلاهما محاولة شاذة لحل أزمة نفسية غير أنه يختلف عن السلوك العصابي في :

(١) أن الدوافع اللاشعورية في العصاب ترضى نفسها ارضاءً بديلاً كما في حالات الهستيريا والوساوس، أما في السيكوباتية فتجسد هذه الدوافع وترضى ارضاءً حقيقياً، ولو أنه ارضاء متكرر مقنع. فالسيكوباتي لا يرضيه الاشباع البديل لدوافعه.

والواقع أن السيكيوباتى لا يبدو اضطرابه فى تفكيره ومشاعره وخيالاته وقلقه وحياته الخاصة كما هى فى حالة العصاب، بل يبدو اضطرابه فى صلاته الاجتماعية بالناس، إذ يؤثر سلوكه المضطرب فى كل شخص فى بيئته.

(٢) أعراض العصابى توحى إليه بأن شيئا يهاجم شخصيته، وينتهك حرمتها من مصدر مجهول، أما فى السيكيوباتية، والخلق العصابى بوجه عام فالأعراض مندمجة منسجمة فى بناء الشخصية فى صورة سمات خلقية لا يشعر الفرد بغرابتها. (٢٠ : ١٨٦-١٨٧)

(٣) السيكيوباتية ليست بالعصاب فإن فى سلوك العصبيين كثيرا من التماسك وهم على استبصار جيد بحالتهم، يرغبون فى العلاج ويسعون إليه، ويتعاونون مع الطبيب على تحقيق الفائدة المرجوة منه. وما هذا شأن السيكيوباتيين الذين لا يدركون أن بهم مرضا ولا يسعون إلى العلاج، ولا يتعاونون عليه اذا قسرتهم الظروف على البدء فيه.

(٤) وإذا قيسَت السيكيوباتية بالمظاهر التقليدية للذهان لما بدا على السيكيوباتى شيئا منها، ولعل هذا ما حدا إلى استبعادها مما يسمى (الجنون الصريح).

والسيكيوباتية وصلتها بالجنون ليس أمرا مستحدثا ومن ثم أطلق القدماء «الجنون الخلقى» على حالات السلوك السيكيوباتى، وأشار إليها هنا أيضا باصطلاح (البله الخلقى). (٨ : ٤-٧).

ويتميز السلوك السيكيوباتى بنشاط عشوائى اندفاعى لا اجتماعى أو مضاد للمجتمع مستمر ومتكرر لكسب وهمى غير محسوس، وهو فريد فى قصوره وعوجه والتواء أحكامه وعدم استبصاره، وزيف أهدافه، وفجافته ووعثه ونخواء وجدانيته، فريد فى عجزه عن استبصاره وحماقاته وقسوته وقلة جدواه، لا ينضج من التجربة، ولا يتعلم من العقاب، ولا يثبتون على هدف، ولا يصلون إلى قدر من التكيف مع المجتمع، ولا يعرفون الندم ولا يحسنون العطاء.

ولا يختبرون شعور الخطيئة، ولا يجعلون لتعاملهم مع الحياة إلا شعارا واحدا هو (أن يأخذوا كل ما يستطيعون من أى انسان يستطيعون وبأى وسيلة يستطيعون).

هذا الاضطراب الذى فتك بالشخصية ويهدم من تكاملها إلى هذا المدى البعيد اضطراب ذهاني عجز صاحبه عن تمثيل الزمن كخبرة حية، فالسيكوباتى لا يعرف من الزمن إلا الحاضر إنه لا يستطيع استعادة الماضى أو الاسقاط على المستقبل. والحاضر عنده هو اللحظة التى يعيش فيها وحسب ... فهى خبرة سطحية وقتية وفجة.

وفى الجنون السيكوباتى فإن الذاكرة - أداة التكامل، السيكلوجى - فإنها تصاب باختلال خطير فهى لا تتعدى الأداء السطحي أو الأداء اللفظى فقط دون أن تتخلل حياتهم الوجدانية النزوعية كخبرة حية.

كما تنبئ السيكوباتية أيضا عن اضطراب خطير فى عامل التكامل الاجتماعى وهو اللغة، ذلك من حيث الوظيفة الدلالية للألفاظ، ومن ثم يرى فى تجوالهم العشوائى اللاهذى فى ميدان اللغة وكذبهم الذى يرجع إلى عجزهم عن اختيار معنى الحقيقة فى أنفسهم فضلا عن اختيارها فى الغير. (٨ ، ٢٤).

نخلص من هذا إلى أنه فى المشكلات السلوكية ينبغى التمييز فيها بين الحالات التى يكون السلوك السيكوباتى فيها عارضا، أو مظهرا لاضطراب آخر (كالعصاب أو الذهان أو النقص العقلى)، وحالات السيكوباتية الأصلية، وهذه الحالات يتميز أصحابها بسمات خاصة تشير إليهم وتدل عليهم بين مختلف صنوف السلوك المشكل.

والواقع أن السيكوباتية ما تزال إلى الآن اصطلاح غامض يتضمن كثيرا من أعراض السلوك المشكل والذى يدرج جزء منه ضمن العصاب والجزء الآخر ضمن الذهان والجزء الثالث ضمن النقص العقلى. هذا من ناحية،

ومن ناحية أخرى، أنه ينبغي التمييز بين الحالات التي يكون السلوك السيكوباتي فيها عارضا أو مظهرا لاضطراب آخر، وحالات السيكوباتية الأصلية (٨). لذلك فإننا لا يمكن أن ندرج السيكوباتية لأول وهلة ضمن (الجنون الصريح) لأن هذا التأكيد فيه مبالغة في تشخيص الحالة مما يترتب عليه صعوبة شفاء الحالة نتيجة تلك الفكرة السابقة.

إذا السيكوباتية حالة بينية بين العصاب والذهان، ولكنها أكثر وضوحا في حالة السلوك المضاد للمجتمع، أو بمعنى آخر هم الحلقة الرابطة بين الذهانيين والعصابيين من ناحية، والمجرمين من ناحية أخرى. والتمييز بينهما وبين المجرمين قد يكون عسيرا جدا في بعض الأحيان.

ثانيا : مكونات السيكوباتية :

دلت كثيرا من الدراسات التي أجريت بهدف الكشف عن مكونات الانحراف السيكوباتي على أن الشخص الذي يشخص - سيكوباتي - تتميز شخصيته ببعض السمات النفسية التي تكاد تميزه عن غيره إذا نحن قارنا بينه وبين عامة السكان. لذلك يمكن القول بأن السيكوباتية اتجاه مميز لدى كل شخص يظهر : انبساطية زائدة، عصابية زائدة. (139-120 : 82)

كان هذا هو الفرض الذي حققه هانز ايزنك بتجربيا في مؤلفه (Crime and Perosnality) وكذلك استطاع كل من (كي وهنت H.C. Kuay & Hunt) (301-306 : 66) في بحثهما عن السيكوباتية تحقيق هذا الفرض أيضا على ضوء من نظرية ايزنك السابقة.

وكانت الفروض التي أوردها ايزنك (289-259 : 67) كالآتي :

أ - أن المعتوه أخلاقيا، والسيكوباتي والمجرم، شديدوا الانفعالية، وأن عدم الاتزان الانفعالي هذا ينعكس في سلوكهم.

ب - أنه مثلما تميل شخصيات العصبيين من النوع الديستامي إلى الانطواء، تميل شخصيات المجرمين والسيكوباتيين إلى الانبساط.

جـ - يوجد أساس نظرى للاعتقاد بأن الضمير هو فى الحقيقة استجابة شرطية، يبدو أنه يستتبع ذلك منطقيا أن غياب الضمير لدى المجرمين والسيكوباتيين، قد يرجع إلى فقرهم الشديد فى تكوين الاستجابات الشرطية، هذا اذا كانوا يستطيعون تكوينها على الإطلاق - وحتى عندما تتكون هذه الاستجابات فإنها تنطفئ بسرعة. كما يجب أن نتذكر أن التشريط مرتبط بالانطوائية / الانبساطية. بمعنى أن الانطوائيين يجيدون تكوين الاستجابات الشرطية بينما يفتقر الانبساطيون لذلك.

وهناك أدلة مباشرة تبين أن السيكوباتيين وأنواعا من المجرمين على الأقل فقراء جدا فى عملية التشريط، مما يؤكد أن التشريط لدى السيكوباتيين والمجرمين يتم بصورة أقل جودة مما يحدث لدى الأسوياء.

وتعد عملية التشريط واحدة من أهم حلقات المناقشة التى تربط بين السيكوباتية كعرض مرضى وبين بعدى الانبساط والعصائية، فهذا يشكل مركب يدرج فى مجال دراسات الشخصية باسم مركب السيكوباتية (والاصطلاح مرادف لاصطلاح ايزنك (Psychopathic Quardant) أى (مربع السيكوباتية). ويتكون هذا المربع من سمات العصائية الزائدة والانبساطية الزائدة). (123 : 66).

والسلوك الاجتماعى هو فى الحقيقة نتاج لعملية تشريط، وهى عملية كثيرا ما تقف فى طريقها العوائق - فى بعض الحالات بسبب الطبيعة التكوينية لبعض الأفراد التى لا تسمح لعملية التشريط أن تتم لديهم بنفس السهولة التى تتم بها لدى غالبية الأفراد. وسيكون من الواضح أيضا أنه حتى الشخص القابل للتشريط بسهولة لن يكتسب الاستجابات الاجتماعية التى نعتبرها مرغوبة اذا لم يمر فى الواقع بعملية التشريط التى اعتبرناها أساسية.

وأهمية التشريط تتركز فى أنه مسئول عما يسمى أحيانا بعملية التنشئة الاجتماعية أى العملية التى يملئ بها المجتمع على الأطفال الصغار

والمراهقين نمطا سلوكيا يجد أنه من الضروري للاستمرار فى الحياة، ويشمل هذا النمط بالطبع أنواعا مختلفة من السلوك تتراوح فى المراحل الأولى جدا من تعلم ضرورة التبول والتبرز فى الوعاء المخصص لذلك بدلا من الملابس أو السرير إلى أن نصل إلى مفاهيم أكثر أهمية عن السلوك المعنوى والأخلاقي والامتثال لأحكام القانون أو عدم اظهار الميول العدوانية والجنسية بطريقة علنية فاقعة وما شابه ذلك. والآن فاذا كان التشريط هو المسئول أساسا عن اكتسابنا لهذه القيم الاجتماعية، فلا بد أن نتوقع أن أولئك الذين فشلوا فى اكتسابها أى الجانحين والمجرمين والسيكوباتيين، والأنماط المشابهة من الناس سيكونون من الانبساطيين بشكل عام وسنجد أنه يصعب عليهم التشريط.

وقد انتهى ايزنك إلى نتيجة عامة مؤداها: أنه مثلما يتم التشريط لدى العصابين الديستاميين بشكل أحسن مما يحدث لدى الأسوياء فإنه من المقطوع به أن التشريط لدى السيكوباتيين والمجرمين يتم بصورة أقل مما يحدث لدى الأسوياء.

هذا بالإضافة إلى أن المجموعات المجرمة والسيكوباتية تميل لاطهار انفعالية عالية تظهر فى صورة عدم ائزان انفعالى واضح.

وقد حقق ايزنك هذا التوقع تجريبيا فى دراسته (الجريمة والشخصية): فى مجال حوادث المرور ومخالفاته اتضح له أن الانبساطيين هم أكثر الناس ارتكابا لحوادث المرور وأكثر تسجيلا لمخالفاته ذلك مقارنا بالأنطوائيين.

كما اتضح له ايضا أن المستهدفين للحوادث من السائقين وغيرهم يكونون زائدى الانبساط مع وجود انفعالى قوى اصطلح عليه بالعصابية. وبالإضافة إلى ذلك فإن السمات التى أكتشفت لدى المستهدفين للحوادث تميل جميعا لأن تقع فى نفس المربع (مربع السيكوباتية).

فالأهمال والعدوانية وعدم تحمل المسئولية والانفعالية -General Emotionality والتششت والاندفاعية، وأنعدام الحذر والتغير القابلية للتأثر بالنزوات الطارئة كلها سمات سيكوباتية.

وقد يعطينا هذا دليلاً قوياً على افتراض أن أنماط من الشخصية لديها استهداف للحوادث، وأن تلك الأنماط تشبه بدرجة ملحوظة تلك الأنماط التي يظهر بها المجرمون. ومن الأمثلة أيضاً (تجربة أجريت على عينة مكونة من ١٠٠ امرأة مجرمة في سجن لندن الكبير بغرض الكشف عن السمات النفسية لشخصيتهن) فتبين أن درجاتهن عالية على اختبارات العصاوية والانبساطية، ويقول ايزنك أنهم قد وقعوا في نفس المربع (مربع السيكيوباتية) أيضاً.

نتهى بما سبق إلى أن السيكيوباتية طراز من الشخصية يتعلق بجزء خاص من وصف الشخصية، هذا الجزء يشترك فيه سمات الانفعالية الزائدة، والانبساطية الزائدة (123 - 120:66).

ثالثاً: أعراض السيكيوباتية:

الشخصية السيكيوباتية نمط من أنماط الشخصية التي تندرج ضمن تصنيف الشخصية غير السوية، ولذلك كان اضطراب الشخصية السيكيوباتية سواء أكان هذا الاضطراب ناجح عن شذوذ عقلي جبلي أو ناتج عن شروط بيئية مكتسبة، فإن هذا الاضطراب يتميز في مجملته بعدم القدرة على تقبل المعايير الاجتماعية والأخلاقية السائدة، والذكاء النمطي، الاندفاعية، يعيش في ظل اللحظة الراهنة دون أي اعتبار حقيقى للماضى أو المستقبل ودون نظر لسعادة الآخرين، ومن الناحية النمطية فهم غير ناضجين انفعالياً، ولا يتحملون المسؤولية، اندفاعيين، وتنقصهم القدرة على الحكم، ولديهم القدرة على ترشيد سلوكهم بحيث يبدو لهم معقولاً ومرضياً من وجهة نظرهم.

ويلخص كولمان أعراض ذلك النمط من الشخصية بالآتي :

(264 - 362:53)

أ - فقدان الضمير وعدم كفايته: ويعنى عدم القدرة على فهم القيم الأخلاقية ما عدا على المستوى اللفظي، كما تعنى عدم القدرة على

اصدار الأحكام الخلقية (وبعبارة أخرى عدم القدرة السيكوباتي على تطبيق الأحكام الخلقية السائدة في مجتمعه على سلوكه أذ يغش ويسرق ويكذب، ولا يحافظ على الوعد. معنى ذلك أن الضمير لدى السيكوباتي مختل وغير سوى).

ب - التمرکز حول الذات، والاندفاع، وعدم تحمل المسؤولية: بمعنى أن السيكوباتي لا يهيمه سوى نفسه وأشباع رغباته مباشرة. كما أنه كالطفل لا يمكنه تحمل تأخير أو تأجيل اشباع هذه الحاجات الا وشعر بالاحباط الشديد. اذا ما وقف عائق دون أهدافه فيندفع للحصول على ما يريد دون تحذير من ضمير أو خوف من شعور بالذنب.

ج - الهيدونزم متحد بأهداف غير واقعية: بمعنى عدم القدرة على تأجيل اللذة الحاضرة الى كسب مستقبل أو بمعنى آخر تأجيل اللذة العاجلة في سبيل لذة أجلة. والسيكوباتي يحيا في الحاضر دون أى اعتبارات واقعية لماضى أو لمستقبل. يستخدم كل ما تصل اليه يديه في سبيل اشباع لذاته العاجلة، غير قادر على مواجهة الملل، ويميل إلى التغيير الدائم لعمله، التناقض الواضح بين مكانته العادية والأنا المثالية، وبالرغم من قلته فإنه يريد أن يكون (رجلا ما) وأن يكون الأفضل ولكنه تبدو في سلوكه معانى هزيمة الذات ظاهرة.

د - نقص القلق أو عدم الشعور بالذنب: ينزع السيكوباتي عامة إلى عدم الشعور بالذنب تجاه الآخرين فهو غالبا ما يتخذ مظهر السلوك العدوانى تجاه الآخرين دون شعور بالعار أو الذنب وأن يحاول الاعتذار عن سلوكه وتصرفاته باظهار الندم وإعلان التوبة، غير أن هذه الألفاظ لا ذرة من الاخلاص فيها. وهو قادر على إعطاء أسباب وجيهة لتبرير كثير من تصرفاته قد تخدع الكثيرين منهم مما يساعده فى كثير من الأحيان على التخلص من المأزق الصعبة ليعود ثانيا إلى تكرار نفس الموقف. ومن المعروف أن الشعور بالذنب عنصر هام فى تكوين الضمير.

هـ - عدم القدرة على الاستفادة من الخبرات والتجارب السابقة: السيكوباتى لا يتعلم من خبرات الحياة العادية ولا يرتدع من العقاب، ولا ينتفع من التجربة السابقة، وهم لا يعبأون بالنتائج التى يتعرضون لها من أعمالهم أو التى يتعرض لها أقاربهم فى المجتمع، فهم يبدون كما لو كانوا متحررين من نتائج أفعالهم تماما.

و - قدرة السيكوباتى على التمويه على انطباعاته وخداع الآخرين: السيكوباتى له شخصية جذابه محبوبة من الآخرين، سلوكه متحرر من الغضب، له قدرة على كسب صداقات الآخرين، ومن الناحية النمطية فلديه احساس جيد بالفكاهة، وعامة فمظهره العام حسنا ويبدو مثالا للترقى الاجتماعى.

ز - العلاقات الاجتماعية المعيبة: السيكوباتى يعجز عن اقامة روابط عاطفية أو علاقات متبادلة مع غيره من الأفراد. فما دامت اهتماماته مركزة حول نفسه فلن يسمح لأى أحد آخر أن يدخل عالمه. والصداقة الحقيقية ليست من الخبرات التى يتضمنها نشاطه، ولا يقيم لأحد أى اعتبار مع استعداده للخيانة عند أول فرصة.

ح - رفض السلطة الموجودة، وكذلك رفض التأديب: السيكوباتى يسلك كما لو كان النظام الاجتماعى لا يسرى عليه، كما أنه غالبا ما يظهر عدواة لا يستهان بها نحو السلطة الموجودة، وتظهر تلك العدواة فى شكل الأفعال الاجرامية، الاندفاعية، العدائية، وكثير ما ينساق وراء الأنشطة الاجرامية، ولكنه من الناحية النمطية لا يعد مجرما محترفا.

ط - قدرته السريعة على تبرير اللوم الذى يوجه إلى سلوكه الاجتماعى غير المستحسن: السيكوباتى شخص ينقصه الاستبصار بسلوكه الشخصى، فهو على استعداد دائما لكى يكذب حتى إذا كان من الواضح له أنه بعيد عنه. وغالبا ما يوعد أن يغير من سلوكه ولكنه نادرا

ما يفعل، وهو منحل الاخلاق، وقد يكون منحرفا جنسيا، ولذلك فهو يشكل حملا عظيما على أسرته وأصدقائه، ذلك نظرا للمتاعب التي يخلقها للآخرين.

وكثيرا من أنماط ذلك السلوك قد يوجد أيضا ولكن بدرجات متفاوتة في كلا من السلوك العصبي، والذهاني، وفي الشخصية المضادة للمجتمع غالبا ما تكون كل هذه الأعراض واضحة. وفي الأعراض تكون في حالة الذكور أكثر منها في حالات الإناث.

رابعاً: تصنيف السيكوباتي:

يرى د. صبرى جرجس أن الشخصية السيكوباتية يمكن بأن تقع في أحد هذين النموذجين.

الأول. النموذج العدوانى Aggressive

وينتمى غالبية أفرادها إلى الفريق المضاد للمجتمع. وهو الذى يتخذ أصحابه فى سلوكهم أسلوب العنف والعدوان، وكثيراً ما يصير الأمر بهم إلى الجريمة والاصطدام بالقانون، وليس يهم بعد ذلك ماذا تكون تفاصيل هذا السلوك، طالما أنه يتسم على وجه العموم بسمه العنف والعدوان، فقد تكون ادمان الخمر والمخدرات أو الانحراف الجنسى أو السرقة أو الهرب من العمل أو غير ذلك

والثاني: النموذج الخامل غير الكفؤ Inadequate

وينتمى غالبية أفرادها إلى الفريق اللاأجتماعى. وهو الذى يتخذ أصحابه فى سلوكهم التقاعس والتراجع والخمول متجنبين الاصطدام على قدر الامكان، ومن ثم فمن النادر أن يقعوا فى قبضة القانون الا أن يكون ذلك لجرائم تافهة، وليس يهم بعد ذلك ماذا تكون تفاصيل هذا السلوك طالما أن سماته المميزة هى التقاعس والخمول والتحول البليد إلى غير هدف. ومن الجائز أن نرى بين أفراد هذا الفريق مدمنى الخمر والمخدرات والمنحرفين

جنسيا واللصوص والهاربين من العمل وغيرهم ممن رأينا بين أفراد الفريق الأول.

ونلاحظ أن بعض علماء النفس (د. صبرى جرجس - جيمس كولمان) يذكرون عند تصنيف السيکوباتية النموذج المتقلب انفعالياً، والمتمركز حول ذاته. وكأن هاتين الصفتين تميزان نموذجا خاصا دون غيره من نماذج السيکوباتية. وفي رأى الباحث أن القلب الانفعالي والتمركز حول الذات سمتان يشترک فيهما جميع السيکوباتيين.

خامساً: ديناميات السلوك السيکوباتى:

فى محاولة لفهم وتفسير السيکوباتى عن طريق التشخيص المقارن بتلك الحالات السيکوباتية فرق أحد الذين قاموا بهذه المحاولة بين نوعين من أنواع السيکوباتية: (عبد الحكيم ٢٤).

أ - السيکوباتى البيئى

ب - السيکوباتى الجبلى

والواقع أن الباحث يرى فى التقسيم محاولة لحسم خلاف طالما قام على فهم وتفسير ديناميات السلوك السيکوباتى: أيرجع هذا السلوك إلى عوامل تكوينية جبليّة ناشئة عن نقص وراثى، أم نتيجة لطرز أخرى من العوامل النفسية والبيئية. هذا مع ملاحظة أن النوع الثانى من السيکوباتية - هو اضطراب صريح فى الشخصية يدخل فى اطار الذهان، ومحاولتنا لتقديم تفسير لهذا السلوك كان محاولة لعرض هذا السلوك فى اطار من نظرية سلوكية تقوم على أسس نفسية وبيئية فى المقام الأول، هذا مع عدم اغفال العوامل البيولوجية هذه تكون بمثابة عوامل مساهمة فى أحداث هذا السلوك، ولكن مع عدم التركيز عليها، وذلك تبعاً لنوع الاضطراب الذى نعرضه خلال هذه الصفحات عن السيکوباتية، وهو أن السيکوباتية سلوك عارض أو مظهر لاضطراب آخر (كالعصاب أو الذهان، أو النقص العقلى).

أولاً: العوامل البيولوجية:

تعتبر العوامل التكوينية (الجبلية Constitutional) الأساس للشخصية السيكوباتية المضادة للمجتمع - (من النوع الثانى) وقد أطلق على هذه العوامل: النقص السيكوباتى التكوينى، وهو نقص ناتج عن نقص وراثى (83: 177- 176) ويظهر هذا النقص ممثلاً فى السيكوباتية الأصلية - يظهر مبكراً فى حياة السيكوباتين.

ويرى البعض الآخريين احتمال العيوب الولادية (فى أن تضعف مراكز الكف العليا فى الجهاز العصبى يجعل السيكوباتى أكثر عرضه للأضطراب واختلال الضمير، تحت الشروط الصادمة). (368 - 367 : 53)

وقد استنتج ايزنك أن السيكوباتى لديه أدنى معدل من الاشرط أو التعلم الشرطى إذا ما قورن بالفرد العادى (السوى) ولذلك فإنه يفشل فى اكتساب كثير من ردود الفعل المشروطة، تلك التى تشكل الجزء الرئيسى لعملية التطبيع الاجتماعى السوى، ومن ثم يكون ناقصاً فى نمو شعوره أو نمو ضميره، وبالتالي لا يكون تطبيعه الاجتماعى كفوئاً لنموه هذا بينما إذا حدثت الاستجابات الشرطية الضرورية فان السيكوباتى يمكن أن يحقق مستوى كاف من التطبيع الاجتماعى.

وليس هناك دليل واضح على أن للوراثة دوراً فى النقص التكوينى الجبلى فى هذه الحالة، فقد فشلت دراسات رسم المخ أن تكشف عن عدم السواء فى المخ، فى الغالبية العظمى من الحالات، بالاضافة الى هذا فان الاشخاص المصابين بتخلف عقلى أو باضطراب فى المخ والذين يكشفون عن انحراف فى تكوين المخ أو شذوذ ليسوا عادة سيكوباتين فى شخصياتهم (185 - 163, 129 - 111: 66) (265-264 : 67) (368 - 367 : 53)

ثالثاً: العوامل السيكلوجية والبيئية:

يتفق أغلب الباحثين فى موضوع السيكوباتية على أن بذور الشخصية السيكوباتية توجد فى عملية التنشئة الاجتماعية، وعلاقة الطفل بأمه خاصة

فى باكورة حياته.

ويعطى الاهتمام فى عملية التنشئة الاجتماعية إلى عملية الرضاعة، على أساس أن الأم لا تشجع بالرضاعة حاجات الطفل الجسمية فقط، ولكنها تعطيه الحب والدفع فى أحضانها له أثناء الرضاعة.

والعامل الثانى فى تكوين الشخصية السيكوباتية هو عملية التقمص والذى تساعد الطفل على أن يمتص معايير الآباء ويحكمها فى نفسه لتكوين الأنا الأعلى.

ومن نظريات هذا المجال نظرية الحرمان الأموى لبولبى وأثرها فى تكوين الشخصية الجانحة. (٥، ٦).

وتدل نتائج دراسته على أن الحرمان الأموى يؤدى إلى اضطراب الشخصية ذلك لما يأتى:

(١) عدم وجود الفرصة لتكوين تعلق فيه أشباع بالأم أو بصورتها خلال السنوات الأولى.

(٢) الحرمان لمدة تتراوح ما بين ثلاثة أو ستة أشهر خلال السنوات الأولى من العمر بابتعاد الأم فجأة عن الطفل لسبب ما.

(٣) تغير صورة الأم أو بديلاتها باستمرار خلال السنوات الأولى من العمر.

وفى رأى بولبى أن أى عامل من العوامل السابقة قد يؤدى إلى تكوين الشخصية السيكوباتية الخالية من الوجدان (١٢ : ٣٣٣).

ويضيف بعض الباحثين عوامل مساهمة فى السلوك منها:

سوء التربية، البيت المتهدم، البيت الفقير فى جوه العقلى والخلقى، الانحراف الخلقى فى أحد الوالدين أو فى كليهما، والحرمان من (الأمومة - الأبوة) الحققة كما يرى فى حالة زوجة الأب أو زوج الأم، والصحبة السيئة (الثلل) بالإضافة إلى الحرمان الاقتصادى، ووسائل الترفيه وخاصة الافلام السينمائية السيئة التى تساعد على تنبيه النشاط المضاد للخلق.

ويركز كولمان على شكل التفاعل الأسرى والذي يكون بمثابة العلة الأولى فى هذه المشكلة، وسلامة شخصية الوالدين وسوائهما كما قلنا، ويضرب مثلاً بوجود نسبة عالية من السمات السيكوباتية لدى أباء الأولاد الجانحين (372: 53)

وتتضمن تلك السمات أدمان الكحول، والاتجاهات المضادة للمجتمع، والتغيب المتكرر من المنزل، والقسوة، والفشل فى الاعتماد على النفس وغير ذلك من الصفات التى تجعل الأب مثلاً غير مرضى وغير متقبل من أبنائه، وفى حالة الفتيات فإن الأباء السيكوباتين يمكن أن يشاركوا بمختلف الطرق فى السلوك الجانح لهن، والذي يتضمن التشجيع الصريح للبغاء والاختلاط الجنسى.

سادساً: قياس الانحراف السيكوباتى:

مقياس الانحراف السيكوباتى من المنيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية :
والاختبار مأخوذ من مقياس المنيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية المعروف باسم (S.R. Hathaway & McClinly, M.M.P.I. 1951.)

ويقىس هذا الاختبار مدى استجابة الفرد الانفعالية، ويظهر فى عدم المبالاة بالمعايير الاجتماعية والأخلاقية كما فى الكذب، والسرقه، والادمان على المخدرات، والخمور، والشذوذ الجنسى.

ويتكون هذا الاختبار من ٣٤ عبارة يطلب من الفرد أن يستجيب لها بأنها تنطبق عليه أم لا تنطبق، والدرجة العالية فى هذا الاختبار تدل على أنحراف سيكوباتى. ومعامل ثبات هذا الاختبار بطريقة التصنيف باستخدام معادلة رولون (وكانت $N = 20$) $= 0.955$ ، (٤٥ : ١٣٣)، وباستخدام معادلة كودر - ريتشاردسون وجد أن معامل الثبات بالنسبة للمجموعه الاكيليكنية ٠,٤٩٤، وبالنسبة للمجموعة السوية ٠,٥٢٥ (٢٩) ويعرف هذا المقياس بمقياس أعراض الانحراف السيكوباتى من المنيسوتا.

الفصل الثامن

الإدمان

أبعاد، وكيفية قمرضة وعلاجه

- تمهيد.
- تناول العقاقير والاعتماد عليها.
- المشاكل المتعلقة بالاعتماد على العقاقير.
- حقائق حول الكحول.
- الآثار البغيضة التي يخلقها في المرء اسرافه في الشراب.
- الخطة التمريضية لعلاج المريض المدمن.

الفصل الثامن

الإدمان : أبعاده وكيفية تمييزه وعلاجه

تمهيد:

الإدمان من المشاكل النفسية الخطيرة التي تتفاوت أشكالها ومخاطرها على المستوى الشخصى - وكذلك على المستوى الاجتماعى، وذلك على نحو يماثل إلى حد كبير الأبعاد المميزة للتدرن والأمراض المعدية الأخرى.

والأدوية والعقاقير التى يمكن أن تؤثر فى أفكار الناس وفى عواطفهم ونومهم ونشاطهم الجسمى وتعاملهم مع الآخرين فى المجتمع وفى غير ذلك من الجوانب السلوكية كثيرة ومتعددة، وكثير من الباحثين لا يعتبرون الكحول عقاراً، لكنه كذلك بالتأكيد.. فهو يقود إلى الاعتماد وإلى عديد من المشكلات المترتبة عليه، ومن أبرز العقاقير التى تثير المشاكل مايلى:

(أ) العقاقير الأفيونية:

- الأفيون.

- مشتقات الأفيون، المورفين، الهيروين، الكودين.

- الأفيونات التخليقية مثل (الميثادون، البثدين، المبيريدين).

(ب) العقاقير المسكنة:

- الكحول (مثل البيرة، النبيذ، الخمر المقطرة).

- الحبوب المنومة.

- المهدئات خفيفة المفعول.

(ج) العقاقير المنبهة:

- المنبهات التخليقية مثل الأمفيتامين والدكسامفيتامين

- الكوكايين

(د) الحشيش:

- وهو يعرف بأسماء مختلفة فى بقاع العالم المختلفة مثل البانجو،

الحشيش، الشاى الأحمر،... إلخ.

(هـ) عقاقير الهلوسة:

- داي ايثلاميد حمض الليسرجيك (ل.س.د)، ميسكالين،
فسيكليدين.

(و) المذييات/ المستنشقات الطيارة:

- الغراء، الكيروسين، التولوين، المركبات البترولية، البويات،
(أبروسول).

(ز) عقاقير أخرى:

- التبغ، بيتيل، القات، أوراق الكوكا،... إلخ.

تناول العقاقير، والاعتماد عليها:

هناك طرق متعددة لتعاطي العقاقير، تشمل: أكلها، شربها، مضغها،
تدخينها أو استنشاقها، وشمها أو حشو الأنف بها، أو حقنها تحت الجلد أو
بالعضل أو بالوريد وتعتمد بداية تأثير العقار على طريقة تناوله، ويكون تأثيرها
سريعاً في حالات التدخين أو الحقن في الوريد أو حشو الأنف، وأبطأ في
حالات المضغ أو الأكل أو الحقن تحت الجلد. وكثيراً ما يحدد نوع العقار
المستعمل في حالات المضغ أو الأكل أو الحقن طريقة تعاطيه، فمثلاً يشرب
الكحول عادة بينما يحقن الهيروين أو يدخن، وبعض العقاقير يمكن تناولها
بطرق متعددة مثل الكوكايين والفنسيكليدين. وبعض العقاقير يكون لها تأثير
أسرع في الدماغ من تأثير غيرها.

ويصبح الشخص معتمداً على عقار ما أو على الكحول عندما يصعب
أو يستحيل عليه التوقف عن تعاطيه بدون مساعدة على ذلك بعد أن يكون
قد تعاطاه بانتظام لمدة من الزمن، ويمكن أن يكون الاعتماد على العقار:
بدنياً / أو نفسياً / أو كليهما.

وعندما يكون الاعتماد بدنياً، يعتل الشخص عندما يوقف تعاطي العقار
أو شرب الكحول فمثلاً عندما يوقف شخص تعاطي الأفيون بعد أن يكون قد
استعمله بانتظام مدة من الزمن قد يحدث ما يلي: آلام بالعضلات، تقلصات

بالطن، قيء، إسهال، عرق، زكام، إدماع العيون، قلة النوم. وعندما يكون الشخص معتمداً بدنياً على الكحول أو الحبوب المنومة فسوف يحس بأعراض تتراوح ما بين البسيطة والشديدة عندما يمتنع عن تعاطيها، ومن بينها الحمى، المخاوف أو سرعة التهيج أو التشوش أو عنف السلوك أو التشنجات. وعموماً كلما كانت جرعات العقار المتناول كبيرة كانت العلامات والأعراض أشد.

والعلامات والأعراض التي تحدث بعد إيقاف تناول العقار تسمى مرض الامتناع Withdrawal Illness. وتشمل العقاقير التي تسبب مرض الامتناع:

- العقاقير المهدئة بما فيها الكحول، والأفيونات.

وأغلب العقاقير الأخرى تسبب أعراضاً بدنية أخف أثناء إيقاف استعمالها مثل (تغيرات النبض وضغط الدم، ولكن قد تكون الأعراض الانفعالية والسلوكية قوية) مثل النوم أو سرعة التهيج أو عدم القدرة على التركيز أو العمل، وقد تستمر هذه الأعراض عدة أسابيع أو حتى عدة أشهر، ولكن يتوقع أن تنتهي خلال عام على الأكثر، إن لم يعد الشخص إلى تناول العقار.

وعندما يكون الاعتماد على العقار نفسياً يحس المرء برغبة قوية في الاستمرار في تعاطي العقار، بعد أن يكون قد انتظم في أخذه (أو تناوله) مدة من الزمن. وعند الامتناع عن التعاطي يصبح المرء قلقاً، سريع التهيج، كثير الحركة، وقد يحس بالاكتئاب ويضطرب نومه. وتزول هذه المشاكل بعد بضعة أسابيع، لكن الرغبة الملحة في تعاطي العقار قد تعاود الإنسان مرة أخرى، وربما يكون في ذلك بعد عدة سنوات.

وفي معظم من يسيئون استعمال العقاقير والكحول، يصعب التمييز بين الاعتماد البدني والاعتماد النفسي لتداخل الحدود فيما بينها. لكن بغض النظر عن ذلك، من المفيد أن نضع في الاعتبار أن للعلاج هدفين:

الأول : هو إيقاف التعاطى أو خفضه، وهذا قد يؤدي إلى مرض الامتناع.
والثاني : هو تخاشى العودة إلى التعاطى بمغالبة الرغبة فيه، وإيجاد طرق أخرى لمعالجة الضغوط النفسية والاجتماعية التى قد تؤدى إلى الاعتماد على العقاقير.

المشاكل المتعلقة بالاعتماد على العقاقير وتناول الكحول:

قد يسبب إدمان العقاقير وتعاطى الكحول مشاكل تتعلق بالصحة (بدنية وعقلية) أو بالسلوك أو بالأسرة، أو فى نطاق العمل أو المال أو القانون، وأولئك الذين يعتمدون على العقاقير والكحول يقعون فريسة للمرض أكثر من غيرهم، وبما أن مستواهم الغذائي غالباً ما يكون ضعيفاً، فكثيراً ما يصابون بأمراض بدنية، وتنتشر بينهم العدوى وخاصة فى الجلد والجهاز التنفسى والمسالك البولية، كما أن هناك ضرراً من الإصابات ترتبط أيضاً بهذه السميات Intoxication مثل حوادث المرور والسقوط والحرق والغرق وإصابات العمل.

وبعض الأمراض مرتبطة بطريقة التعاطى. فابتلاع الكحول والعقاقير مثلاً قد يؤدي إلى اضطرابات بالمعدة. كما أن مضغ العقار قد يؤدي إلى متاعب صحية بالنم والمعدة. والتدخين قد يؤدي إلى تهيج الحلق والحنجرة والرئة، كما أن استنشاق Sniffing العقار يؤدي إلى تورم الممرات الأنفية. وقد يؤدي حقن العقار إلى تلف الأوعية الدموية مسبباً عدوى منتشرة فى الجسم كله.

إن إساءة استعمال العقاقير والكحول كثيراً ما تسبب مشكلات انفعالية ونفسية. فقد تضعف الذاكرة وتتغير الشخصية أو تتدهور، كما أنه قد يصبح من الصعب العيش مع الشخص المضطرب إذ يصبح عصبى المزاج، سريع التهيج، متقلب الأهواء، غير منطقي فى تصرفاته، أو قد ينطوى وينزوى بنفسه عن الحياة الاجتماعية. كما أنه قد يصبح مكتئباً أو عصبياً ويجب أن

نضع فى الاعتبار أن تأثير العقار إنما يعتمد على :

(أ) نوع العقار المستعمل .

(ب) شخصية المتعاطى وإمكاناته الجسمية والمزاجية والعقلية والاجتماعية والمادية .

(ج) الظروف الاجتماعية التى يعيش الفرد فى إطارها، هذا على مستوى الفرد .

أما على مستوى الأسرة والجماعة، فلا بد لهذه المشاكل الصحية والنفسية من أن تؤثر فى الأسرة أيضاً. فكثيراً ما تتأزم الأمور ويكثر النقاش فى محيط الأسرة التى قد ينفق دخلها على شراء العقاقير والخمور، ومن شأن نقص الإنتاجية أن يؤدى إلى مزيد من النقص فى دخل الأسرة، وقد تفضى مثل هذه الظروف إلى إهمال العناية بالأطفال أو اضطراب العلاقات الجنسية بين الزوجين. ويمكن أن يؤدى الاعتماد على العقاقير وشرب الكحول إلى مشاكل تنسحب على المجتمع بأسره. فلا بد من صرف الأموال الحكومية على تطبيق القوانين والرعاية الطبية، وعندما ينتشر تعاطى العقاقير وشرب الكحول تنهار أسر بكاملها ويهمل الأبناء الذين يشكلون الدعائم الأساسية لقوة بلدانهم ومستقبلها.

ونعرض فيما يلى الاختلالات النفسية والاجتماعية التى يمكن أن تكون قرينة على إساءة استعمال العقاقير:

١ - العقاقير الأفيونية: إذا أخذ الشخص مجموعة كبيرة من أحد هذه العقاقير فقد تتنابه غيبوبة أو قد يموت، كما يظهر مرض الامتناع Withdrawal Illness على الشخص إذا مضت مدة دون أن يتعاطى، ومن ظواهر هذا المرض تقلص العضلات، والقيء، والإسهال، وتصبب العرق واضطراب النوم.

٢ - العقاقير المهدئة (بما فيها الكحول): قد تظهر المشاكل التالية: يصيب الأذى الكبد والمعدة (خاصة مع الكحول) ويتلف الدماغ والأعصاب،

وتحدث الإصابات والمشاجرات في حالة التسمم Intoxication. وتفقد الذاكرة ويظهر الارتعاش وعندما يوقف كثيرو الشرب تناول الخمر يصابون بمرض الامتناع فيظهر عليهم التخليط الذهني والعنف، والخوف المفرط وأحياناً التشنجات.

٣ - العقاقير المنبهة: وهذه قد تسبب أمراضاً عقلية مثل الاكتئاب وشدة المخاوف والشك.

٤ - الحشيش: كثيراً ما يظهر على متعاطيه عدم الاهتمام بصورة عامة، أو يصابون باختلال عقلى مع نوبات من التخليط الذهني والاكتئاب.

٥ - عقاقير الهلوسة: قد تظهر علامات الاعتلال العقلى على المتعاطين مع التخليط الذهني والاكتئاب.

٦ - التبغ (تدخيناً): يؤدى مع طول المدة إلى أمراض الرئتين والقلب.

٧ - البيتيل (مضغاً) قد يسبب السرطان والتهابات الفم.

٨ - القات (مضغاً): قد يؤدى إلى اضطرابات بالمعدة والإمساك.

٩ - مسكنات الألم: قد تسبب تلفاً بالمعدة والكلية.

وفيما يلى نتعرض بالتفصيل لإدمان الكحول وكيفية تمريض المدمن عامة:

أولاً - حقائق حول الكحول:

١ - يعتبر الكحول من المواد مرتفعة أو عالية السعرات الحرارية Calorie، ولكنها لا تحتوى على أى قيمة غذائية Nutrients.

٢ - دلت الاختبارات العملية على أن أخطاء الحكم يمكن أن تحدث عندما يمتص الكحول فى دم المدمن.

٣ - الكحول ليس عقاراً مثيراً للشهوة الجنسية Aphrodisiac، فالزيادة فى الرغبة الجنسية ترجع فقط إلى أنها انعكاس للكف الاجتماعى المصاحب لتلك الرغبة.

- ٤ - أن نصف الإصابات التي تحدث بواسطة حوادث السيارات تحدث نتيجة تعاطي السائقين للكحول.
- ٥ - لا ينصح باستهلاك الكحول إذا كان الشخص يأخذ مسكنات Seda-tives أو إذا كان يشعر بالصرع، أو أمراض الكبد، أو القرحة المعدية.
- ٦ - أن السكر بالكحول يورط في حوادث كثيرة منها الانتحار، القتل، حوادث الغرق.

ثانياً - الآثار البغيضة التي يخلقها في المرء إسرافه في الشراب

Hangovers

- تشكل تلك الآثار البغيضة التي يخلقها في المرء إسرافه في الشراب حالة جسمية مصاحبة بالأعراض الرئيسية الآتية:
- ١ - صداع حاد مصاحب بخفقان Throbbing، واضطراب في المعدة، ويحدث هذا نتيجة العمليات الآتية:
- ١ - أن بطانة جدران المعدة تكون متهيجة نتيجة الكحول الزائد.
- ٢ - يحدث فصل بين عنصري الخلية بسبب أن الكحول الزائد يفوق طاقة الكبد وقدرته على تصريف هذه الزيادة في الكحول.
- ٣ - أن مستوى الكحول يمكن أن يؤدي إلى تأثير صارم في الجهاز العصبي المركزي.

الخططة التمرضية لعلاج المريض المدمن:

- ١ - دفع المريض للامتناع عن تعاطي الكحول / أو العقار.
- ٢ - محاولة تقبل المريض مع الفهم لحالته، وعدم إصدار أحكام تجاهه.
- ٣ - أن نضمن أن المريض لديه استبصار بأهداف علاجه.
- ٤ - أن نضمن أن الأهداف الموجهة تجاه المريض هي أهداف واقعية وفي متناول الطبيب والمرضة.

- ٥ - التدعيم الإيجابي لسلوك المريض في محاولة تحقيق تلك الأهداف في كل مرحلة من مراحل العلاج وذلك في محاولة دفعه إلى الشفاء.
- ٦ - محاولة إصلاح جوانب النقص في شخصيته.
- ٧ - زيادة إحساس المريض بقيمته الذاتية.
- ٨ - تشجيع المريض على الاشتراك في الأنشطة المختلفة.
- ٩ - تعليم المريض ماهية الخبرات المؤذية (الضارة) عن تأثير الكحول أو العقار المستعمل في الدم والجسم.
- ١٠ - أن نعمل على تدعيم العلاج البيئي والذي يمكن أن يناقشه المريض، وإكسابه الاستبصار بمشاكله.
- ١١ - تشجيع المريض على الاشتراك في العمل الجماعي Teamwork، وتدعيم مساعدة المريض في محاولة التخلص من مشاعره السلبية.
- ١٢ - توفير النوم المريح والأمن للمريض.
- ١٣ - تقديم الاستشارة الدائمة، والتأييد الدائم للمريض.
- ١٤ - الاتصال وتدعيم التأييد لأسرة المريض وذلك في محاولة لإنجاز أهداف العلاج.

الفصل التاسع

معدلات انتشار الاضطرابات العقلية والعصبية والنفسية الاجتماعية والتدابير الممكنة لمواجهتها

- تمهيد.
- التخلف العقلي والقصور المعرفي.
- الآفات المكتسبة في الجهاز العصبي المركزي.
- تلف الجهاز العصبي المحيطي.
- الاضطرابات الذهانية.
- حالات الخرف / الخبل
- الصرع
- الاضطرابات الانفعالية والسلوكية
- إدمان الكحول والمخدرات
- الأعراض الجسمية ذات المنشأ النفسي
- استنتاجات .

الفصل التاسع

معدلات انتشار الاضطرابات العقلية والعصبية والنفسية الاجتماعية والتدابير الممكنة لمواجهتها^(١)

تمهيد:

مع انخفاض أعداد المصابين بالأمراض المعدية Infectious Disease في جميع أنحاء العالم أخذت المشكلات التي تطرحها الأمراض غير السارية تلقى قدرًا متزايدًا من الاهتمام. ومن بين هذه المجموعة من الأمراض ربما كانت الاضطرابات العصبية والنفسية هي التي تفضى إلى أكبر معدلات المرض Morbidity والإعاقة Disability في أى مجتمع بعينه. ومما يؤسف له أن معظم الناس، ومن بينهم كثيرون من أبناء المهن الصحية ليست لديهم فكرة واضحة عن مدى ضخامة هذه المشكلة، فهم يساوون بين الاضطرابات العقلية بصورة عامة وبين ما كان يسمى في الماضي (الجنون Insanity، الدهان الوخيم Sever Psychosis، ولا يدركون نطاق الأعراض التي تنجم عن الأعراض المختلفة من الاضطرابات العقلية والعصبية والنفسية الاجتماعية.

إن الدراسات الوبائية Epidemiological Studies الثابتة للاضطرابات النفسية والعصبية في بلدان إقليم شرق البحر المتوسط جد قليلة، ويعرض الجدول رقم (١) معدلات الانتشار المقدرة للاضطرابات النفسية والعصبية الشائعة، بناءً على الإحصاءات المتاحة من الإقليم، إلى جانب إحصاءات من بلدان أخرى نامية ومتقدمة.

وتشير التقديرات المتحفظة إلى أنه يوجد في إقليم شرق البحر المتوسط

(١) أعدها د. N.N. Wig على أساس الورقة التقنية المعنونة (حفظ الصحة النفسية وتعزيزها) والتي قدمت في الدورة الخامسة والثلاثين للجنة الإقليمية لشرق البحر المتوسط، جنيف، أكتوبر ١٩٨٨، النشرة الوبائية لإقليم شرق البحر المتوسط، العددان ١٢، ١٣، يناير ١٩٨٩، ص ١٤-٢٤.

عشرون مليوناً من الناس على الأقل يعانون من الاضطرابات النفسية والعصبية، وكان بالإمكان حماية نصف هؤلاء الناس على الأقل من هذه الأمراض وما ينجم عنها من إعاقات لو أن التدابير الوقائية المتاحة اليوم قد طبقت على نحو صحيح. أضف إلى ذلك أن أكثرية من يعانون اليوم من اضطرابات نفسية وعصبية يمكن أن يستفيدوا كثيراً بالعلامات الحديثة، غير أنه لا يستطيع الوصول إلى هذه العلاجات إلا نسبة صغيرة فقط من بينهم.

وفيما يلي فئات من حالات انتشار بعض الأنواع الشائعة من الاضطرابات النفسية والعصبية التي تشاهد في إقليم البحر الأبيض المتوسط، إلى جانب بعض الاقتراحات المتعلقة بالرعاية منها:

جدول رقم (١)

معدلات الانتشار المقارة لبعض الاضطرابات النفسية والعصبية

Disorders	معدل الانتشار	الاضطراب
Mental Retardation: Below the age of 18 years: - Severe (I.Q. less than 50) - Mid to Moderate (I.Q. 50-70)	٢ - ١ لكل ١٠٠٠	١ - انخفاض الذكاء دون سن ١٨ سنة من العمر - وغير (حاصل ذكاء أقل من ٥٠) - طفيف إلى متوسط (حاصل ذكاء من ٥٠-٧٠)
Psychotic disorders: Schizophrenia, affective psychosis	٥ - ١٠ لكل ١٠٠٠	٢ - الاضطرابات الأثنائية: الانصام، الذهان العاطفي، ... إلخ
Epilepsy	٥ - ١٠ لكل ١٠٠٠	٣ - الصرع
Dementia	١٠٠ لكل ١٠٠٠ فوق سن ٧٠ سنة	٤ - الخبل (الزهايمر)
Acquired lesions of central nervous system	٥ - ١٠ لكل ١٠٠	٥ - الآفات المكتسبة في الجهاز العصبي المركزي
Emotional & Conduct disorder	٥٠ - ١٥٠ لكل ١٠٠٠	٦ - الاضطرابات الانفعالية والسلوكية
Somatic Symptoms of Psychological Origin	١٥ - ٢٥ لكل ١٠٠ ١٥ حالات المشاهدة في الممارسات العامة	٧ - الأعراض الجسدية ذات المنشأ النفسي

١ - التخلف العقلي والقصور المعرفي:

Mental Retardation & Cognitive Deficit

إن انتشار التخلف العقلي الوخيم دون سن الثامنة عشرة (ويستدل عليه بانخفاض حاصل الذكاء إلى أقل من ٥٠، ووجود إعاقات disabilities كبيرة في الوظائف الذهنية والاجتماعية تصحبها في العادة شذوذات عصبية" Neurological Abnormalities يبلغ معدله على وجه التقريب ٣ أو ٤ في الألف، أما معدل انتشار التلف العقلي الطفيف إلى المتوسط (ويستدل عليه بأن حاصل الذكاء يكون ما بين ٥٠ و ٧٠، وأن الأداء المدرسي للطفل يكون ضعيفاً في حالة المهام الذهنية المعقدة) فيبلغ تقريباً ٢٠ - ٣٠ في الألف، ومن المرجح أن تكون هذه الأرقام أقل من الحقيقة الواقعة في البلدان النامية Developing Countries بهذا الإقليم نظراً لاستمرار وقوع التخلف العقلي الذي يمكن اتقاؤه، والذي ينجم عن الحالات التالية:

أ - قصور رعاية الحوامل.

ب - طرق التوليد الخاطئة التي تؤدي إلى إصابات الولادة Birth trauma

ج - إصابات الجهاز العصبي المركزي بالأمراض الجرثومية والطفيلية.

ومن الأهمية بمكان فيما يتعلق بمعدلات الانتشار لحالات التخلف العقلي الطفيف وسوء التكيف السلوكي التي تنجم عن المشاكل المتداخلة فيما بين سوء التغذية والمرض المعدى وضعف التنبيه الإدراكي لدى الأطفال الرضع الذين ينشأون في الأسر شديدة الفقر والحرمان.

وهناك تدابير عديدة يمكن أن تسهم في الوقاية من التخلف العقلي وهي تشمل ما يلي:

١ - النهوض برعاية الحوامل، وما حول الولادة بتثقيف وتدريب الفئات التالية:

(أ) النساء اللاتي في عمر الإنجاب (مثلاً : بشأن المخاطر الوراثية،

والمباعدة بين الحمل والآخر، وتعاطى المواد الضارة مثل التبغ، والكحول، وغير ذلك من العقاقير).

(ب) النساء الحوامل والأمهات مثلاً بشأن التغذية الملائمة بما فيها تقويم حاجاتهن مثل حاجتهن إلى اليود، ومزايا الرضاعة الطبيعية، وإعداد الطعام بطريقة صحية).

(ج) العاملون الصحيون (مثلاً، بشأن التعرف على حالات الحمل عالية الخطر، ومهارات تثقيف العائلات حول الوقاية والعلاج الملائم).

٢ - تحسين رعاية الرضع والأطفال بإسداء الخدمات لهم في المجالات التالية:

(أ) التطعيم ضد الأمراض التي قد تؤثر على الدماغ.

(ب) التعرف المبكر على هذه الأمراض وعلاجها كما ينبغي.

(ج) التعرف المبكر على الإعاقات الحسية Sensory Handicaps مثل ضعف البصر.

(د) دعم الأسرة وتوجيهها.

(هـ) تجنب حوادث الطفولة.

(و) توفير تسهيلات الحضانة Nursery لأطفال الأمهات العاملات.

(ز) تجنب المعالجة الطويلة (لأى مرض) داخل المؤسسات.

(ح) تعليم الوالدين مهارات الأبوة والأمومة.

٢ - الآفات المكتسبة في الجهاز العصبي المركزي:

Acquired Lesions of the Central Nervous System

ثمة مصدر رئيسي للقصور النفسى والعصبى Mental & Neurological

Impairment يتمثل فى تلف أنسجة الدماغ Damage to brain tissue

الناجم عن الإصابات، والأمراض الجرثومية والطفيلية والاعتلال النخىي الناجم عن ضغط الدم المرتفع Hypertensive encephalopathy، والملوثات (كأول

أكسيد الكربون، والمعادن الثقيلة، والمخصبات الكيماوية، ومبيدات الحشرات) ونقص الأغذية الأساسية Nutrients وغير ذلك من الحالات. ويتضح من نتائج عمليات مسح عديدة أجريت في إقليم شرق البحر المتوسط أن اضطرابات عوز اليود Iodine deficiency تمثل مشكلة صحية عمومية في ١١ بلداً من بين بلدان الإقليم الثلاثة والعشرين. ويقدر على وجه التقريب أن ما لا يقل عن ١٢ مليون نسمة في الإقليم مصابون بأنواع مختلفة من اضطرابات عوز اليود Iodine deficiency disorders. ويتعرض أطفال هذه البلدان بصفة خاصة لخطر الإصابة بالاضطرابات النفسية والعصبية المصاحبة لما يصيب الجنين من ضمور بسبب هذا النقص.

كما أن الآثار الموهنة للحوادث المخية الوعائية Cerebrovascular الناجمة عن عدم التحكم في ارتفاع ضغط الدم Hypertension أصبحت مشكلة سريعة التزايد في البلدان النامية، كذلك نجد أن التهاب السحايا المخية النخاعية Cerebrospinal meningitis، وداء الانكوسركية كلابية الذنب Onchocerciasis، وداء الكيسات المذنبة Cysticercosis هي مصادر رئيسية للاضطرابات العصبية النفسية Neuropsychiatric في عدد من البلدان. كما يمكن أن تتأثر الكفاءة المعرفية Cognitive efficiency بالأمراض الطويلة الدوام حتى ولو لم تصب الدماغ مباشرة، وباستخدام الأدوية ذات التأثير النفسي لمدة طويلة.

وتفاوت معدل الانتشار التقديري لهذا النوع من الاعتلال من بلد إلى آخر، ولكنه يظل على الأرجح ضمن نطاق يتراوح بين ٥ و ١٠ في الألف في معظم البلدان.

والتدابير الوقائية الصالحة في هذا المجال يمكن أن تشمل:

توفير الملح المعالج باليود، وسرعة معالجة فرط ضغط الدم، وأمراض الجهاز العصبي المركزي، والوقاية من الحوادث، والتحكم في الصرع، والحماية ضد الملوثات والسموم (الصناعية) في مجال العمل وغيرها من

الأماكن. كما أن معالجة ادمان المخدرات والكحول يمكنها أيضاً في معظم الحالات أن تقي من التلف الدماغى الوخيم Serious brain damage الذى ينتج من تعاطى هذه المواد مدداً طويلة.

٣ - تلف الجهاز العصبى : Peripheral nervous system damage

من شأن القوت غير الكافى أو غير المتوازن أو هما معاً، بالإضافة إلى الأمراض المتعلقة بالأيض Metabolic diseases (كالداء السكرى Diabetes) والأمراض المعدية (كالجذام Leprosy) والرضوض، والسموم، أن تسبب اعتلالات عصبية محيطية معوقة Incapacitating Peripheral Neuropathies، وهذه بدورها يمكن أن تسبب إعاقات، وبالتالي مشاكل اجتماعية ونفسية.

ومن الصعب تقدير مدى انتشار هذه الاضطرابات لأنها تختلف باختلاف معدلات انتشار الأمراض الأخرى (مثل الداء السكرى والجذام)، والمهن السائدة فى المجتمع السكانى وغير ذلك من العوامل.

وتشمل التدابير الوقائية إجراءات موجهة نحو المرض الأصبلى، فضلاً عن التثقيف الصحى Health Education الذى يمكن أن يقي من إعاقات ثانوية خطيرة (كعمليات بتر الأقدام فى حالة الداء السكرى المصحوب بتلف الأعصاب الطرفية).

٤ - الاضطرابات الذهانية : Psychotic Disorders

إن معدل انتشار الاضطرابات النفسية الوخيمة مثل الفصام Schizophrenia، والذهان العاطفى Affective Psychosis، وغير ذلك من الاضطرابات الذهانية يبلغ بالتقدير المتحفظ مستوى لا يقل عن ١٪، كما أن معدل انتشار الفصام وفقاً لعمليات مسح متعددة يبلغ ٢-٤ فى الألف. وليس هناك اختلافات ملحوظة فى هذه الأرقام بين البلدان النامية والبلدان المتقدمة.

أما معدل الاضطرابات الاكتئابية Depressive disorders فهو أكثر ارتفاعاً عن هذه المعدلات بعدة أضعاف. وقد لوحظ ارتفاع يسترعى النظر فى معدلات وقوع الاضطرابات الاكتئابية فى بعض البلدان مؤخراً. ويمثل حجم الخدمات العلاجية المتاحة ونوعها إلى جانب مواقف الأسرة والمجتمع تجاه المرضى المصابين بهذه الاضطرابات عوامل حاسمة بالنسبة إلى حصيلة هذه الحالات.

لقد وضح مراراً أن المعالجة الفعالة Affective treatment للحالات الذهانية يمكن أن تقدم على أيدى موظفى الرعاية الصحية العمومية العاملين فى الخدمات الصحية المحيطة يعد تزويدهم بتدريب قصير، شريطة توفير عدد منتظم من عدد قليل من الأدوية ذات التأثير النفسى، وإيجاد نظام مناسب للإحالات والإشراف. ولا توجد حتى الآن وقاية أولية محققة ضد معظم الحالات الاكتئابية، ومن ناحية أخرى توجد مبيّنات قوية على أن المعالجة الملائمة يمكن أن تخفض درجة الإعاقة، وتقلل كثيراً من احتمالات الانتكاس بعد أن تتحقق هدأة المرض. كما أن من شأن المعالجة الملائمة أيضاً أن تقلل كثيراً من الكروب التى تتعرض لها أسر المرضى والمجتمعات المحيطة بهم. ويبدو أن مسار وحصيلة الفصام وما يتصل به من اضطرابات أفضل كثيراً فى البلدان النامية. ويمكن فى تلك البلدان معالجة نسبة كبيرة من المصابين بالفصام فى العيادات الخارجية.

٥ - حالات الخرف / الخبل Dementias:

ليس الخرف أو الخبل جزءاً من عملية الشيخوخة Ageing الطبيعية وإنما هو مرض يتعين البحث عن سببه ثم معالجته إن أمكن، ويمكن للأمراض المتعلقة بالأيض Metabolic والانسحابية Toxic، والمعدية Infectious، والدورانية Circulatory أن تسبب كلها قصور الوظيفة المعرفية Cognitive Function، أن هذه الاضطرابات تمثل عبئاً هائلاً على الخدمات الصحية، نظراً لأن نسبة متزايدة من السكان أصبحت تعيش حتى

أعمار مرتفعة، وبالتالي تتعرض لحالات الخرف الشيخوخى - Senile Dementia من النمط ألزهايمر Alzheimer Type ، ولقد قدر معدل انتشار الخرف الشيخوخى بين الأفراد البالغين من العمر ٧٠ سنة فأكثر بما يتراوح بين ١٠٠ و ٢٠٠ فى الألف فى البلدان التى أجريت بها عمليات مسحية.

وهناك تقارير متفرقة عن معدلات وقوع منخفضة للخرف فى بعض البلدان النامية فى أفريقيا، وهذه التقارير جدية باهتمام خاص نظراً لأنها قد تقدم مدخلاً مهماً لمعرفة مسببات الحالة وكيفية الوقاية منها. ولم تتأكد بعد هذه التقارير بدراسات أخرى فى مناطق أخرى من العالم.

ولم يكتشف حتى الآن علاج ناجع ضد الخرف، غير أن هناك أنشطة وقائية هامة يتعين تنفيذها فيما يتعلق بهذا المرض، وهى تشمل:

١ - تدريب الموظفين الصحيين على طرق تشخيص الخرف الكاذب - Pseudodementia لدى المسنين Elderly - وهو متلازمة مثل الخرف تظهر خللال مسار أمراض أخرى مثل الاكتئاب، وبعض الأمراض المتعلقة بالأبيض المعنى) ويوجد علاج ناجع ضده.

٢ - دعم الأسر التى ترعى مرضى مصابين بالخرف.

٣ - تحسين المرافق التى تقدم الرعاية المؤسسية مع الوقت للمصابين بالخرف.

٤ - تفادى التلف العلاجى المنشأ Latrogenic Damage (الذى ينشأ مثلاً بسبب التعاطى الخاطئ للأدوية المختلفة فى معالجة العمل البدنية للمسنين) والذى يمكن أن يؤدى إلى متلازمات الخرف أو يفاقمها.

٦ - الصرع Epilepsy:

يتراوح معدل انتشار الصرع بين السكان من ٣ إلى ٥ فى الألف فى البلدان الصناعية، ويصل إلى ١٠ بل حتى ٢٠ فى الألف فى بعض مناطق العالم النامى. وهذا الفارق الكبير فى المعدلات حيث يبلغ ستة أضعاف أدناها يتيح مقياساً لما يمكن إنجازه بواسطة برنامج شامل للوقاية فى البلدان النامية. ويختلف مدى الإعاقة الاجتماعية Social Handicap الناجمة عن

الصرع باختلاف نوع، ومدى كفاية المعالجة الطبية، ومدى تقبل المجتمع أو دعمه للمصاب بالصرع. ففى كثير من البلدان النامية لا يلقي معظم مرضى الصرع أى معالجة أو قدراً قليلاً منها، ونتيجة لذلك فهم يعانون من إصابات بدنية وإعاقات اجتماعية كان يمكن تفاديها.

ويمكن معالجة الصرع فى إطار الرعاية الصحية الأولية، ومن شأن ذلك أن يفيد كإجراء وقائى ضد التلف الدماغى الثانوى Secondary Brain Damage، والإصابات، ونبذ المريض من قبل المحيطين به، وعديد من المشاكل العائلية الأخرى. والآن هناك اتجاه سائد لمعالجة الصرع ضمن رعاية الصحة النفسية فى مراكز الرعاية الصحية الأولية.

٧ - الاضطرابات الانفعالية والسلوكية:

Emotional and Conduct Disorders

يقدر وقوع هذه الاضطرابات (العصابية Neurotic، واضطرابات الشخصية Personality Disorders) بتواتر يتراوح من ٥ إلى ١٥ ٪ بين عامة السكان، ولا تلزم معالجة لكافة هذه الحالات ولكن بعضها (مثل اضطرابات القلق الشديد Severe Anxiety Disorders) يمكن أن يؤدى إلى إعاقات وخيمة.

وبعض اضطرابات السلوك الشائعة بين تلاميذ المدارس والتي تعوق تحصيلهم المدرسى وتكيفهم مع المجتمع، غالباً ما تستجيب للتدخلات البسيطة Simple Treatment مثل (المعالجة السلوكية Behaviour، وتوجيه الوالدين Parent Counselling) ويمكن تعليم الطرق العلاجية المتعلقة بعدد من هذه الاضطرابات لموظفى الخدمات الصحية العمومية، أما الطرق الوقائية النوعية فليست معروفة بوضوح، وإن كان هناك عدد من التقنيات التى يمكن استعمالها لمغالبة الكروب المفرطة وبالتالى تفادى وقوع نتائجها المرضية.

٨ - إدمان الكحول والمخدرات:

Alcohol and Drug Dependence

بفضل التقاليد الإسلامية توجد في معظم بلدان الإقليم لحسن الحظ أدنى معدلات المشاكل المتعلقة بالكحول . غير أن الصورة ليست مشرقة على هذا النحو بالنسبة للمخدرات. وتوجد بيانات قوية على أن هذه المشكلة أخذت في الازدياد في بلدان كثيرة، ومع ذلك فلا يزال هناك نقص في الإحصاءات الدقيقة. فمعظم الحالات ذات المشاكل المتعلقة بالعقاقير لا تصل إلى الوحدات الصحية بسبب الوصمات الاجتماعية Social Stigma والقيود القانونية، وقلة الخدمات. لقد كانت حالات ادمان المخدرات المترددة على الخدمات الصحية في هذا الإقليم حتى وقت قريب حالات نادرة ويتمثل أغلبها في تعاطي العقاقير التقليدية كالأفيون والحشيش ولكن الصورة تغيرت على نحو مثير في الثمانينيات. مثال ذلك أن إحدى المستشفيات النفسية كانت تسجل أقل من ثلاثين حالة سنوياً قبل عام ١٩٨٠، ولكنها سجلت أكثر من ٦٠٠ حالة في عام ١٩٨٧ وكان أغلبها يتعلق بتعاطي الهيروين Heroin dependence . ولقد أبلغ عن معطيات مماثلة من بعض المستشفيات الكبيرة الأخرى بالإقليم. وفي دراسة أجريت في إحدى المستشفيات أبلغ أن عدد المتعاطين المنتظمين يبلغون حوالي ١٪ من مجموع الطلاب.

ويلاحظ أن المشكلات المتعلقة باستعمال المواد ذات التأثير النفسى Psychoactive Substances ليست مقصورة على العقاقير المحظورة Illicit Drugs ، فهناك قدر كبير من الاستعمال الخاطئ للمستحضرات الصيدلانية Pharmaceutical Products المباحة وإساءة استعمالها. ومما يؤسف له أنه أصبح من الشائع في المجتمعات الحديثة اللجوء إلى العقاقير كلما ألت مشاكل اجتماعية أو نفسية، ومن العناصر الخطيرة في هذه المشكلة الإفراط في وصف العقاقير ذات التأثير النفسى.

ويلاحظ أن أنماط العقاقير Drug abuse فى بلدان الإقليم ترتبط بالظواهر الاجتماعية مثل ظروف المعيشة المتغيرة، والانعزالية Alienation، وفقد الهوية الثقافية Lack of Cultural Identity ولاسيما بين الشباب.

ويقوم بعض من لا يقدرّون العواقب باستغلال ما ينجم عن هذه الظواهر من صراعات، وشعور بعدم الأمان فيروجون المخدرات لأغراض الربح. ومن بين ما يروجونه عقاقير إدمانية مثل الهيروين Heroin، والتتركاين Cocaine، ومما يزيد الأمر سوءاً عدم فاعلية السياسات الوطنية لمكافحة المخدرات، وعدم كفاية التنسيق بين برامج مكافحة المخدرات على الصعيدين الوطنى والدولى.

وإذا أريد اتقاء ادمان المخدرات ومكافحتها يتعين بذل جهود متزامنة للإقلال من العرض والطلب على السواء. وتتطلب هذه الجهود التنسيق بين قطاعات عدة. ولدور القطاع الصحى أهميته فى الاكتشاف المبكر للحالات. ومعالجة وتأهيل الأشخاص المعتمدين على العقاقير فضلاً عن تخفيض الطلب على العقاقير بترويج أساليب المعيشة الصحية على مستوى الفرد والمجتمع.

٩ - الأعراض الجسمية ذات المنشأ النفسى:

Somatic Symptoms of Psychological Origin

كثير من المرضى الذين يترددون على العاملين بالرعاية الصحية الأولية، أو سرافتى الرعاية الصحية التابعة لخدمات الصحة العمومية يتقدمون بأعراض جسدية لا يعثر لها على مسببات عضوية، أو يشكون من اضطراب وظيفى Dysfunctional لا تتناسب شدته مع نتائج الفحص البدنى - Physical Findings.

إن المرضى الذين يتقدمون على هذا النحو يشكلون أكبر الفئات التشخيصية فى مستوى الرعاية الصحية الأولية (١٥-٢٥٪) فى معظم البلدان). وللسوء الحظ فإن منهج الطب الحيوى Narrow Biomedical

Approach الذى يهيمن على تعليم معظم الأطباء لا يعد العاملين الصحيين لملاحظة المشكلات النفسية الاجتماعية التى من هذا النوع والتعامل معها، ونتيجة لذلك كثيراً ما نلاحظ فى البلدان المتقدمة والنامية على السواء مضاعفات المعالجة (بسبب وصف الأدوية دون ضرورة، أو حتى إجراء جراحات غير لازمة) وعدم رضا المرضى على الخدمات المقدمة لهم.

إن التدريب الملائم للأطباء والعاملين بالخدمات الصحية العمومية يمكن أن يساعدهم فى التعامل مع مثل هذه المشكلات النفسية الاجتماعية وفى إقامة علاقات إيجابية بين الأطباء والمرضى - Doctor-Patient Relation- ship ، الأمر الذى يعتبر بحد ذاته مقوماً رئيسياً من مقومات مردود الخدمات الصحية.

استنتاجات:

تمثل الاضطرابات النفسية والعصبية - Mental & Neurological Disorders - مشكلة صحية عمومية رئيسية. وفى أى وقت معين يعانى حوالى ٥٪ من السكان من بعض هذه الاضطرابات، ولقد قدر أن أكثر من نصف هذه الاضطرابات يمكن اتقاؤه بالتدابير الناجحة المعروفة فى الوقت الراهن، وتطبيق هذه التدابير على نطاق واسع يمكن أن يقلل من التأثير المخرب لهذه الاضطرابات على الصحة والإنتاجية الاجتماعية - Social Productivity - للأفراد والمجتمعات.

ومن هنا جاء قرار جمعية الصحة العالمية (ل : ٣٥ / ق ٨) والذى بحث فيه الدول الأعضاء على صياغة سياسات وبرامج من أجل تعزيز الصحة النفسية. والوقاية من الاضطرابات العقلية والعصبية والنفسية وتوفير المعالجة ضمن الرعاية الصحية الأولية.

الفصل العاشر

الإعاقة - وكيفية تأهيلها

- تمهيد (حجم المشكلة).
- تدهور الشخصية الذي يعقب العجز.
- الحاجة إلى بصيرة خاصة من جانب القائم بالعلاج.
- فلسفة من ست نقاط للممرضات القائمات على رعاية العجزة.
- هدف المعوق: التأهيل، وإعادة التوظيف

الفصل العاشر

الإعاقة وكيفية تأهيلها

تمهيد: (حجم المشكلة)

يمكننا أخذ فكرة عن عظم واتساع المشكلة المتعلقة برعاية وتدريب البالغين المعوقين جسمانياً إذا ما وضعنا في الاعتبار أنه يوجد في الوقت الحالي بالولايات المتحدة ٢٥ مليون شخص قد أصبحوا معوقين طبقاً للإحصاء السنوي كنتيجة للحروب، والأمراض المزمنة وأيضاً كنتيجة للتدهور الحادث للحوادث. والأرقام التالية توضح بعض الحقائق المهمة التي يجب أن يتوقف عندها المتخصصون الذين سيقومون مع الممرضات بقضاء وقت طويل في مساعدة وإعادة تعليم الأفراد المعوقين أو العاجزين.

يوجد في الولايات المتحدة ما يأتي:

١٠	مليون شخص مصاب بضعف في السمع
٥ - ٢	مليون شخص مصاب بعجز جزئي كنتيجة لمرض مزمن
١٥٠٠,٠٠٠	من المحاربين القدماء مصابين بعجز جزئي
٤٥٠,٠٠٠	مصاب بضعف في النظر
٢٤٠,٠٠٠	أعمى مصاب بعمى كامل
١١٠,٠٠٠	من المحاربين القدماء مصاب بعجز كلي
٨٥,٠٠٠	شخص مصاب بصمم كامل
٥٠,٠٠٠	من ضحايا الشلل الحفي (الشلل الحفي الارتجافي التشنجي)

ولقد ساهمت الكثير من العوامل في أحداث حالات العجز الجسماني لعدة أجيال كأن يصاحبنا الأعمى والأصم وغيرهم ممن استنزفوا حيوياتهم كنتيجة للأحوال المرضية مثل أمراض القلب، الدرن، التهاب الكليتين، في

السرطان والسكري. لقد سمعنا عن تلك الأمراض من خلال المجتمع وكنا نرى هؤلاء الناس ونسمع عنهم في المجتمع ولكنهم لم يثيروا أى مشكلة ذات شأن.

ومع ذلك برز هؤلاء الناس بيننا وكان بروزهم فى زيادة مستمرة. عندما تقوم أمة عدد سكانها ١٥٠,٠٠٠,٠٠٠ بتحويل اقتصادها وتغييره إلى مصنع متقدم به ماكينات ذات أزيز، وعندما تنتقل من عهد الجواد والعربة الخفيفة إلى عهد المحركات والمدنية الحديثة التى تزدحم فيها الطرق السريعة بخمسين مليون سيارة، وعندما تقوم بتحويل الحروب غير الخطيرة نسبياً إلى صراعات عالمية ضخمة تورط فيها عشرة ملايين رجل وامرأة مدججين بجميع أدوات الدمار الحديثة فى كل قطاع من قطاعات الأرض بالإضافة إلى الهواء الذى يعلوها وما تحتها من بحار ومحيطات، فإن الضريبة الحتمية لا تتضمن فقط ضياع الحياة، وإنما الأعضاء أيضاً بالإضافة إلى فقدان القدرة على أداء المهام ومن خلال ذلك نصل إلى تلك الأرقام الفلكية المبينة فى الفقرة الافتتاحية من هذا الفصل. لقد تضاعف عدد السكان منذ عام ١٩٠٠ ولذلك فإنه يكون من المتوقع أن يزداد عدد العاجزين بمقدار الضعف بطريقة مماثلة فى خلال ذات الفترة والتى تقدر بخمسين عاماً بشرط بقاء المسببات فى وضع ثابت.

لقد ظهرت أضخم ثلاث عوامل مسببة وهى التطور التكنولوجى، الزيادة غير اعتيادية فى عدد المركبات، وقانون القرن العشرين الغريب والخاص بالحرب الشاملة فى هذا الزمن الحديث وقد تسببت تلك التطورات الثلاثة الهامة التى حدثت على الساحة الاجتماعية بالإضافة إلى التفرعات العديدة الناجمة عن تلك التطورات فى زيادة عدد العاجزين إلى الضعف وتعدى ذلك بكثير. كما أدت تلك التطورات إلى إبراز صورة المقيمين فى — المستشفيات بصفة دائمة بالإضافة إلى إبراز صورة المشوهين بالبر أو بقذائف المدفعية. ثم إبراز هؤلاء بأعداد لم يكن من الممكن التنبؤ بها أو حتى تخيلها

منذ خمسين سنة مضت يطلق الدكتور رسك H.A.Rusk على المعوقين من المدنيين اسم «الجنود المصابين» الذين هم فى طى النسيان وعددهم يزيد عن عدد المحاربين المعوقين بنسبة ٧ إلى ١ إن الأرقام المأخوذة من ولاية أوهايو Ohio تعتبر مثالا للوضع القائم فى جميع الولايات المتحدة الأخرى، «والسنة التى تم الرجوع إليها فى أخذ تلك البيانات كانت سنة ١٩٤٦» :

٩٢١ عامل قد قتلوا

١٦ أصبحوا مصابين بعماهات مستديمة

٢٥٠٨ فقدوا بعض الأعضاء

٣٣ فقدوا ذراعاً

١٧ فقدوا يداً

١ فقد قدماً

١٤٢ فقدوا أصابع بأكملها

١٢٥٤ فقدوا أجزاء من الأصابع

١١٨ فقدوا إصبع القدم

يشير قسم الصحة والسلامة الخاص بلجنة أوهايو الصناعية إلى أن معظم تلك الحوادث كان يمكن تجنبها ومن المفجع أن يموت ١٠٠,٠٠٠ شخص كل عام كنتيجة للحوادث.

ولربما كانت فجيعتنا أخف إذا علمنا أن عدداً أكبر من ذلك يبلغ ربع مليون شخص يفقدون ذراعاً أو ساقاً أو قدماً أو يداً أو إصبعاً.

٢ - تدهور الشخصية الذى يعقب العجز:

إن هؤلاء الأفراد الذين يتوجب عليهم أن يتحملوا العجز الكلى أو الجزئى يصبحون فى موقف يتفهمون فيه تماماً الأزمة الانفعالية وما يصيب الشخصية من خلل يكون له آثار بعيدة المدى وذلك نتيجة لفقد أحد أعضاء

الجسم أو فقد وظيفة أحد أعضاء الجسم أو قدرته ومعظمنا يأخذ الأمر على علاته بالنسبة لما يمتلك من عيون وأذان وأقدام ونادراً ما نتوقف لنفكر فيما يمكن أن يكون عليه حالنا - ولو من الناحية البدنية - لو حرمانا من أداء أحد أعضاء جسمنا لوظائفه ومن الصعب - حتى على الممرضة أن تعمل على تطوير بصيرتها حتى تستطيع أن تبصر من خلال العيون المظلمة وأن تسمع من خلال الآذان المصابة بالصمم وأن تسبح بخيالها في حال من يتم بتر أعضاء جسدهم ويواجهون عجزاً أساسياً.

وإن على من يصاب بالعمى أن يتحرك في جو من عدم اليقين وسط ضباب أسود فيصعب اختراقه كما أن على من يصاب بالصمم أن ينبذ كل المثيرات التي كانت يوماً ما تمخر عباب آذانه، وأن يعيش في سكون مطبق غير مستمتع بجمال السمع وأن يتعود على عدم الإحساس بالإنذارات الصوتية التي ترفرف من حوله. ومن يتم بتر أحد أعضاء جسده فالذين يكون محروماً من يديه يكون عليه أن يواجه عالماً من الأشياء لا يمكنه أن يحس بها أو يلمسها أو يتعامل معها أو ينظمها كما أن من يحرم من قدميه يواجه عالماً قد تقلص فجأة إلى حدود الكرسي أو السرير الضيق الذي يرقد فوقه. إن من يكون ضحية لمرض لا شفاء منه - سواء كان مرضاً قلبياً أو شريانياً أو سرطانياً أو كلوياً - يجد نفسه محاطاً ببيئة عادية ولكنه لم يعد قادراً على الصراع معها أو السيطرة عليها أو إخضاعها لمشيئته. وعلى الأقل فإن الشخص المصاب بالعجز منذ فترة قريبة يشعر حتماً بقلّة الحيلة وبالإحباط وغالباً ما يشعر بالحاجة إلى الشجاعة اللازمة للقيام بجهد عند محاولته تحقيق ما يريد.

٣ - الحاجة إلى بصيرة خاصة من جانب القائم بالعلاج:

إن الممرضة ذات البصيرة سوف تتفهم الحيرة بل الرعب الذي ينتاب هؤلاء الأشخاص التعساء عند تفكيرهم في أحوالهم وما يتوقعونه منها وتتفهم الممرضة كل ذلك عندما تخطو أولى خطواتها في رعاية المرضى

الذين يحرمون فجأة من أعضاء الحس أو ملحقاته وقد تستمر الصدمة الانفعالية لديهم لعدة أيام وربما لعدة أسابيع أو شهور وذلك بعد أن تكون الصدمة الجسدية لعجزهم قد تناقصت وتعرض ذكريات التجارب الماضية التي مربها واستبقاها من ذهنه لمواجهة حادة مع الإجابات ونواحي القصور المستقبلية. وقد يفضى ما ينتج عن ذلك من ذعر إلى اليأس. وإن ما يمكن تصويره من سنوات من الاعتماد على أعين وآذان وأصابع وأقدام الآخرين حتى ولو كان ذلك نابعا من رغبة الآخرين بالنسبة لمساعدة الشخص في التحرك داخل الحجرة. أو في النزول على الدرج أو في دفع الكرسي المتحرك أو حتى في حمل شخص وكأنه طفل يتم حمله على الأذرع لوضعه في فراشه أو على كرسيه أو للذهاب به إلى الحمام. كل ذلك يمثل كابوسا خفيا ولكنه واقعا. ولو أضفنا إلى ذلك الاتجاهات الانفعالية لدى الشخص العاجز بالنسبة للعبء الضخم الذى سيلقيه على عاتق أسرته وبالنسبة للامتعاض من المصير الذى يواجهه وجعل منه شخصا عديم الحيلة واهنا لأصبح لدينا فهما مكتملا لردود الفعل النفسية الأولى لتلك الحالة الجديدة التى يجب على الشخص الذى يصاب فجأة بالعجز أن يتعرض لها وحتى عندما تفهم الممرضة أنه عندما يبدأ السير فى برنامج التأهيل فإن المستقبل قد يبدو أقل إظلاما بالتأكيد عندها يجب عليها أن تتخطى حدود اليأس الحالى ولربما كان عليها أيضا أن تتخطى حدود رعب المستقبل. ويحتم الواجب المهنى للممرضة أن تأخذ بيد هؤلاء الأفراد المعذبين نفسيا وتنقلهم من ذلك الجو الذى يعيشون فيه وتنقلهم بلباقة ولكن بعزم إلى التغلب الكامل على قصورهم الحالى. ويشمل ذلك أولاً: بالتأكيد اقتناعا جازما بدورها وهو أنه حتى أقصر أنواع العجز سوف يتحول إلى نوع من التحسن وثانياً: أنها مع غيرها من العاملين لديهم المهارة والبصيرة لتحقيق هذا التحسن وثالثاً: أنه من خلال تأثيرها الحازم فسوف تستجيب الحالة للعلاج لو أنها والمريض سارا فى طريق العلاج الشاق بخطوات ثابتة وبرغبة أكيدة فى التغلب على ما

يعترض هذا الطريق وإن سجلات المستشفيات والعيادات الخاصة والأسر تثبت أنها استطاعت إعادة البسمة والتمتع بالحياة إلى المعوقين من ذوى الإصابات البالغة الخطورة كما استطاعت أيضاً أن تجعلهم يتغلبون على كل شيء وهى أدلة ساطعة على هذه الحقيقة. وتجدر الإشارة باختصار إلى معجزتين من معجزات العلم والثقة الأولى : إن حالة الدكتور إيرل كارلسون لهى مثال مثير للمعجزات البشرية التى يمكن أن تحدث بالنسبة لأحد الأفراد المعوقين بشكل حاد. كان إيرل كارلسون ولدًا مصابًا بالتشنج الرعشى نتيجة لإصابته بشلل مخي جعله غير قادر على المشى أو الكلام أو التحكم والتنسيق فيما بين عضلاته الطوعية غير أنه كان لإيرل كارلسون ميزتين فبعينى أبوان دائمى التشجيع له بشكل يثير الإعجاب وعزيمة مستميتة للتغلب على الصعاب وبمساعدة هذين المصدرين اللذين لا ينضبان حنانًا فقد سار الولد فى طريقة الصعب والذى يبدو مستحيلًا. وعزيمة شخصية بطولية فقد دفع بنفسه فى خضم الذهاب إلى المدرسة الابتدائية ثم الثانوية مع محاولة أقلمة عضلاته المحتجة إلى أن أفلح فى أن تسيطر إرادته عليها. ومن خلال نصر بعد نصر مع استغلال كل جرام قوة وإرادة وعزيمة لتحقيق النجاح فإنه استطاع أن يتخرج من جامعة مينسوتا بعد أن حصل على درجة الليسانس فى عام ١٩٢١ وعمل أربع وعشرون عامًا ومع استمراره فى محاولاته التى لا تعرف الوهن فقد حصل على درجة الماجستير بعد سنتين وتصميم على ألا يقهر عجزه فقط بل يضيف إليه فقد كرس حياته لمساعدة مرضى الشلل الآخرين فإنه بعد ذلك درس وتخرج من كلية الطب.

وفى عام ١٩٣٢ كان الدكتور كارلسون ينشئ قسمًا لتأهيل الإعاقات الحركية وذلك فى معهد نيويورك للأمراض العصبية والذى تولى إدارته لمدة ستة سنوات. وفيما بعد أصبح محاضرًا فى كلية الأطباء والجراحين بجامعة كولومبيا. أما نصرة المتوج فقد واثاه عندما استطاع إنشاء مدرستين للمرضى المشلولين : واحدة فى إيست هامبتون لونغ آيلاند

والأخرى فى بامبانور بفلوريدا. وقد استمر وجود هاتين المدرستين منذ ذلك الحين وتقومان بمعالجة ومواساة مئات من الأفراد المشلولين بنفس النوع البطولى الذى أظهره مؤسسهما أما إنجازات دكتور كارلسون المهنية فتبدو وكأنها من الأساطير وذلك عندما يأخذ الفرد فى اعتباره تلك البداية المستحيلة التى تعرض لها وهو صغير. وباعتباره عضواً فى الجمعية الطبية وجمعية نيويورك الطبية وفى جمعية البحث فى الأمراض العصبية والعقلية وفى جمعية البحث فى تطوير الطفل فقد قام بإلقاء محاضرات فى كل ولاية تقريباً من ولايات أمريكا كما قام بإلقاء محاضرات فى عشرين دولة أجنبية ولقد حقق إيرل كارلسون معجزة فى حياته وأثار الطريق للتعساء المعوقين من أمثاله حتى يمكنهم أن يكرروا نفس الشئ الذى حققه وإن كتابه الذى يحمل عنوان «مولود بهذا الشكل» إنما يسرد قصته للآلاف الذين يقرءونه.

الثانية: حالة تخص «فردتشولسكى» الذى كان قبل ٢٠ نوفمبر ١٩٣٠ طفلاً سعيداً نشيطاً ذو طموح فى الالتحاق بمجال الرياضة فيما بعد غير أنه أثناء حادثة قطار فى يوم لا ينساه أبداً فقد «فرد تشولسكى» ابن الثلاثة عشر ربيعاً ساقية فيما فوق الركبة. وكان معظم الذين يشاهدونه فى الشهور التالية مقطوع الرجلين عاجزاً وهو راقد على سريره بالمستشفى كانوا يقدرون فى أذهانهم أنه سيحيا حياة على كرسي متحرك. غير أنه كان لهذا الصبى نفس الميزتين الموجودتين لدى إيرل كارلسون. أم وأب يشجعانه بشكل يثير الإعجاب ونبع داخلى لا ينضب من العزيمة للتغلب على عجزه وبعد استخدام أرجل خشبية فقد تحمل العثرات والسقطات التى تقهر شجاعة كثير غيره من الأفراد ولكنه ثابر على شجاعته ونضاله وبعد أن طالت الأشهر لتصل إلى سنتين فإنه لم يحقق فقط حلمه فى أن يكون مرة أخرى قادراً على التنقل ولكنه أيضاً تعلم أن يسيطر على رجله وقدميه الصناعيتين وأن يسبح وأن يقود سيارة وأن يلعب البولنج وفى نشاط البولنج هذا فإنه كان يحرز فى المتوسط ١٣٠ وهو بالتأكيد ليس بالشئ الهين لرجل لا يملك

رجلين طبعيتين. وقد تمكن من مسود ونزول الدرج وأن يمثل بدون صعوبة وهو الآن في الثلاثين من عمره وهو أب يفتخر بأنه له ابنتين طبيعيتين وزوجته - وهي معوقة جسدياً أيضاً بسبب الإصابة بشلل الأطفال - امرأة متفهمة وتسهله. (وفرد) كتاب ناجح في المكتب يؤدي عمله لئول اليزم ولا يطلب مساعدة أحد كما لا يطلب بنساً من أحد. مثلاً مثلاً سارخا ومقنماً على أن عصر المعجزات لم ينته بل إنه ربما يكون قد بدأ.

هذان المثالان لحالتين تم اختيارهما عشوائياً من بين آلاف الحالات المماثلة ينبغي على الممرضة فيهما أن تدرك الإنجاز الذي يحققه العلم والعزيمة بالعمل معاً كشركاء وفي إصلاح وتأهيل أعضاء الجسد المكسورة أو المخطمة وما يستتبع ذلك من إعادة إنشاء تعويض وسلام داخليين. ومع الاقتناع بإمكانية تحقيق مثل تلك المعجزات في إعادة التأهيل البشري فإن الممرضة التي تشارك في رعاية الأفراد المعوقين جسدياً لا ينبغي أن تكون فقط مؤمنة وموقنة من إمكانات مثل هؤلاء المعوقين في تحقيق انتصار ساحق في نضالهم من أجل استعادتهم لأنشطتهم بل يجب عليها أيضاً أن تكون راضية بحق بدورها الهام في صناعة المعجزة.

ولا يوجد في بيئته من هو أكثر أهمية من الممرضة بالنسبة للأخذ بيده نحو التوصل إلى التوافق النفسي الذي ننشده.

في فلسفة من يمتد إقبال الديمقراطية الإنسانية على رعاية المعجزة:

عند الدناية بالشخص المسوق جسدياً وتجاهلهم الشهيبيج له فإن الممرضة تكون في حاجة إلى فلسفة ملؤها التفاؤل والإيمان يرسدنا في عملية الإنقاذ التي تقوم بها. فبجانب مواساة المرضى الذين يعانون من آفة المرض والذين سيعودون بعد فترة قصيرة إلى ممارسة حياتهم كما كانت قبل أن ينتابهم المرض فإن العناية بالرجال والنساء المقعدين بسبب إصابة يحتاج إلى إعادة توافق حاد وأساسي مع طريقة حياتهم القديمة إنما تمثل المسرضة

بشياً أكثر عما كنا أنها تشكل لها مشكلة أكثر تعقيداً، وسرّف، ونحن نحاول في الفقرات التالية أن نعدد ملامح فلسفة السلوك والتفأول التي يحتاج إليها الممرضة التي تتولى أمر الموقوفين في كل أمور التعامل معهم.

٣ - الثقة بأنه في هذا المجال تحدث معجزات حقيقية : إنه لمن الأهمية القصوى أن تتميز الممرضة بيقين مخلص بأنه حتى أكثر أنواع الإصااب شدة والتي يعاني منها هؤلاء المرضى يمكن أن تخضع للمعجزات ومع التعاطف فإنه يجب أن يصبح المريض قادراً على الإحساس بأن حالته ليست ميئوساً منها بل وإنه حتى في حالة أقصى أنواع العجز فإن هناك الكثير مما يمكن اكتسابه من خلال تقبل الشخص لحالته ومن إمكان تعايشه معها وفي النهاية فإنه من خلال التشجيع المستمر الذي لا يشوبه تقصير ومن خلال تقديم المساعدة المطلوبة فإنه يمكن للممرضة أن تدفع المريض إلى بذل أقصى وأعلى جهده لتأهيل نفسه وشفائه وهنا هدف يعتمد على وجود اتجاه ذهني صحيح من جانب الممرضة كما يعتمد على العلاج الفعلي والمساعدات الميكانيكية التي تقدم له بشكل غير عادي.

وفي الواقع فإنه بدون غرس واستثمار الروح المعنوية والأمل في المستقبل فإنه بدون تقديم أفضل أنواع العلاج وأفضل أنواع المساعدات الميكانيكية يصبح المريض بارداً وسلبياً. ويعتمد تأهيله بشكل كبير على العوامل العاطفية والروحية التي تكون هادياً له خلال الشدود الصعبة الشاقة والتي قد تصل إلى سنوات والتي تكمن بين حالته المعوزة الحالية وبين حالته التي يمكن أن يكون عليها.

٤ - يجب على المعوق تعلم قبول عجزه ثم تجاهله : ربما كان أصعب وأهم أنواع إعادة التأهيل التي يجب على المعوق الحديث أن يواجهها هي تقبله لما ضاع منه. فعندما يصاب الشخص بالعمى - مثلاً - أو

بفقدان ذراع أو قدم أو بنوبة قلبية حادة فإن الصدمة الانفعالية غير قابلة للحساب وحتى مع إعادة التعليم لفترة طويلة وعقب أسابيع خالية من النشاط وأشهر من الراحة والاستجمام فى المستشفى فإن الفرد المعوق لا يأمل أبداً فى أن يحيا بقية حياته من خلال الأنماط الموضوعية القديمة ورد الفعل الإنسانى الواضح لإدراك هذه الحقيقة المؤلمة هى الاستياء المشوب بالخوف. وفى هذه المحنة الأولى فإنه ما لم نزود الشخص المصاب بالجرعة الروحية الصحيحة قد يتبنى اتجاهًا انهزاميًا مشوبًا بالإشفاق على النفس. وبدون شك فإن كثيراً من الأشخاص المعوقين يصابون بالفشل لفترة طويلة وقد لا يمكنهم فى الواقع الخروج من تلك البركة الموحلة من القنوط. وعند الوقوع فى شرك مثل تلك الانفعالية السلبية فإنهم يتجهون نحو تأمل المصير الشرير الذى أوصلهم إلى تلك المأساة الحالية ويصبحون على درجة أكبر من الإشفاق بأنفسهم وينتهى بهم الأمر بالاستكانة إلى ميكانيكية انطوائية لا تفيدهم شيئاً بل وقد تسبب لهم ضرراً نفسياً كبيراً وفى مثل تلك الحالة غير الصحية من التفكير تتضخم التشوهات والخسائر وتصل إلى نسب غير معقولة وتتحول الخيالات التى تطاردهم إلى مستقبل يرون فيه أنفسهم كأشخاص مهجورين منبوذين من المجتمع ولمساعدة الشخص المعوق حديثاً على الخروج من اليأس العاطفى الأساسى فإن الممرضة المتفهمة سوف تعمل على تشجيع المعوق بكل ما تملك من وسائل متاحة لها بحيث يتقبل المعوق ما حدث له لأن تلك الحالة أصبحت كائناتى وبالتالى لا بد من مواجهتها بواقعية وهناك وسائل عديدة يمكن من خلالها للممرضة مساعدة المعوق فهى تستطيع مثلاً أن تضع نصب عينيه باستمرار أنه يمكنه الشفاء من محنته واستعادة قدرته الجسدية وأن العائق الوحيد فى سبيل ذلك هو حاجته للعزيمة على التعاون إلى أقصى حد ممكن فى عملية العلاج التى تكون قد بدأت

من قبل كما أنه يمكنها أن تقوم بتقسيم الفلسفة المعينة له والتي تتمثل فى شعار «الإمكانات غير محدودة والمهم ألا تفكر فيما ضاع منك بل المهم أن تفكر فيما تبقى لك».

ويمكنها أن تشجعه على أن ينسى - بقدر الإمكان - الأشياء التى تضايقه وأن يتخيل بثقة حالته بعد العلاج وبعد أن يتم استخدام العلم والمعرفة بعلم النفس وعليها أن تبصره بتخيل تلك اللحظات من اليأس والبؤس التى تعاوده باستمرار خلال الأسابيع القادمة وبأن الأمل سوف يحل محل ذلك وأن عليه أن يتهيج.

وعلى الممرضة أن تقوم بتبصيره بالانتصارات التى يحملها المستقبل له وخلال كل فترة رعايتها للمعوق يجب أن تتنبه للكشف عن الأنماط الانفعالية المتغيرة وتدمج نفسها فيها كما سبق شرحه والصدقة والشجاعة والابتهاج إنما هى أمور لا غنى عنها ذلك لأنه من خلال عيون الممرضة وتفكيره وخيالها يمكن للمريض المعوق المتحير أن ينظر إليها ويرى المستقبل بثقة وتفاؤل.

٣ - طريق العجز طريق طويل:

غير أن الجهود الطبية تعطى نتائج لا يصدقها عقل ولا ينبغي تناسى العواقب فكما أشرنا من قبل فإن الطريق أمام الشخص العاجز جسدياً إنما هو طريق صعب على وجه الخصوص. إن الاستمرار فى الحياة - بل والعيش وفقاً لخطة معينة - لهو أمر فى غاية الصعوبة فالطريق لا يبدو وعراً فقط بل ويبدو وكأنه يصعب اختراقه وهو ملئ بالمصاعب والإحباطات. والتغلب على هذه الصعوبة يتطلب شخصية واعية وحافزاً ديناميكياً. ومن الشواهد الواضحة أن من يجرى تأهيله يحتاج إلى تنظيم ذاتى ضخيم وقدر هائل من العزيمة عندما يبدأ طريق الصعود إلى أعلى. والممرضة المتفهمة تقدر صعوبة الطريق غير أنها تقدر أيضاً بإعجاب داخلى مخلص ما يبذله المريض من جهد للسير قدماً فى ذلك الطريق.

والطمأنينة المستمرة مع العمل على أن يقوم المريض ببذل الجهد بشكل منتظم لهو من الأمور الهامة في المرحلة المبكرة من برنامج العلاج. وفي اللحظة التي يشعر فيها المريض بنشوة الانتصار للتغلب على عجزه على أى نحو من النواحي فإنه يجب عليها أن تمتدحه وتشجعه من كل قلبها وقد تكون تلك اللحظة متمثلة في خروج شخص مبتور الساق أو اليد من حالة الرعب والقلق التي يعاني منها أو قد تكون تلك اللحظة متمثلة في استغناؤه عن الاعتماد على الإمساك بيد الممرضة أو ذراعها أو الاستغناء عن الاستعمال للعصا للالتكاء عليها ليبدأ أولى خطواته بدون مساعدة خارجية أو قد تكون تلك اللحظة متمثلة في قيام الشخص المصاب بالعمى بجهد مبدئي لتحسس طريقه في العنبر أو في الممر دون الاعتماد على شيء سوى الانتباه للأصوات والصدى المنبعث من الجدران وذلك من أجل حمايته من التعثر أو الارتطام أو السقوط. والمديح الصادق وتقديم التهنية من الممرضة التي تقوم بالملاحظة إنما يكون له فعل السحر بالنسبة للشخص المصاب ويدفعه على الاستمرار في المضي قدماً في طريق العلاج الطويل كما أن الممرضة المتفهمة سوف تحس أيضاً - مع نمو مهارة وثقة المريض أن الوقت قد حان للتوقف عن المديح المتكرر وأن الوقت مناسب لمساعدة المريض على أن يقوم بنفسه بالإعجاب بما يقوم به من جهد مثلما يفعل أى شخص عادى عند القيام بعمله.

والبداية قد تكون بالضرورة بطيئة بالنسبة لقهر المريض لعالمه. من الضروري على أية حال أن تتم تلك البدايات بعد الانتهاء من مرحلة العلاج البدنى أو الجراحة. كما أنه لا ينبغي السماح بحدوث أى انحسار بخفيف يطرأ على ذهن المريض فيكون له تأثير على روحه المعنوية.

كما أنه لا ينبغي استمرار هذا الانحسار في الروح المعنوية عند حدوثه. ويجب أن يحل محل ذلك فيضان من الأمل والاطمئنان ينساب بسلاسة داخل نفسية المريض والواقع أن الممرضة هي التي يمكن أن تعمل على

انسياب ذلك الفيضان. وعندما تظهر بادرة تدل على المريض يتخطى إحدى مراحل استعادة قواه البدنية فإنه سوف تطفو بالبشر على نفسه. وأى فرد يظهر القدرة على الخروج من حالة اليأس الى تستولى عليه من الناحية الروحية والذهنية والعاطفية والاجتماعية كشخص متكامل. حتى ولو كانت طبيعة الشخص المعوق قد تعمل على تخفيف سرعة إظهار ذلك والحد من التأهيل فى ذلك المجال، فإنه يكون له صفات البطل ويجب أن يكون هذا هو شعور من حوله. وغالباً ما لا يدرك أحد بخلاف الممرضة العزيمة المستميتة والأساييع وغالباً الشهور التى يعانى فيها المريض من الألم النفسى والإحباط التى ينبغى عليه أن يواجهها مواجهة الأبطال العجزة وحالتى كل من «جيرى ستجرو، سوزان بترز» يفصحان ببلاغة على النتائج المذهلة التى تنتج عن العزيمة والجهد المبذولين فى سبيل التغلب على إعاقته.

كان جيرى ستجرو راقصاً محترفاً له مستقبل واعد والتحق بالجيش فى سن الثامنة عشر بعد فترة غير طويلة من معركة بيرل هاربور. وفى أوكيناوا سقط جريحاً عن طريق القصف المدفعى. وتبين أنه من الضرورى بتر ساقه فى ميدان المعركة وعاد إلى الولايات المتحدة فى سن التاسعة عشرة وتم علاجه خلال إقامته فى المستشفى ولكن الأطباء أبلغوه أنه لن يتمكن من الرقص بعد ذلك. غير أن جيرى الذى كان يرقص منذ أن كان عمره ثلاث سنوات والذى كان يتطلع إلى أن يكون الرقص مهنته لم تثبط عزيمته وبعد شهر من تركيب ساق وقدم صناعية له اشترك فى مسابقة والتزم وفاز فيها. وفى السنة التالية كان ترتيبه الأول فى مسابقة صغيرة أقيمت على الشاطئ الباسيفيكي وأصبح مدرباً للرقص فى استوديوهات فوكس القرن العشرين حيث كان يقوم بتصميم الرقصات للأفلام. وفى سن الثالثة والعشرين أصبح عضواً منتظماً فى فرقة للرقص وكان يرقص سبع ليالٍ فى الأسبوع فى سبع مدن. وكانت الفرقة تسافر فى قافلة من الشاحنات وكان جيرى يقود إحدى الشاحنات.

أما سوزان بيترز فإنها فى عام ١٩٤٥ كانت ممثلة سينمائية صغيرة وأصابها طلق نارى فى النخاع الشوكى ومنذ ذلك الحين أصيبت بالشلل التام. وبعد عام من تلك المأساة وبالرغم من أنه لم يكن أى شخص بخلافها يعتقد بإمكان عودتها للشاشة أو المسرح فإن سوزان بيترز بدأت تظهر فى الصورة مرة أخرى وتقوم بتمثيل الشخصيات التى تكون البطلة فيها مقعدة وتستخدم كرسى متحرك. وحانت الفرصة الضخمة والنجاح الساحق عندما طلب منها أن تقوم بدور شاعرة مريضة وهى شخصية إليزابيث برت براوننج وكانت سوزان تقوم بهذا الدور على المسرح وهى على كرسى متحرك أو على فراش المرض.

ولا ينبغي أن نقصر أمثلتنا الخاصة بالانتصارات التى يحققها المعوقون على عجزهم كذلك لا يمكن أن نقصر تلك الأمثلة على السينما والمسرح فالأمثلة كثيرة موجودة حولنا فى كل مشارب الحياة. فكثير من يتم بتر أعضاء من جسداهم يلعبون الجولف ويقودون السيارات ويسبحون ويصطادون السمك ويرقصون ويكتبون على الآلة الكاتبة ويتولون شئون المكاتب ويديرون أعمال المؤسسات ويقومون بمسح الأراضى ويستخدمون أدوات النجارة ويقومون بتشغيل الآلات. ويمكن عند منح التشجيع والتدريب الملائمين لهؤلاء الذين تم بتر أعضاء من جسداهم فإنهم يمكنهم - إذا كان لديهم الرغبة لبذل الجهد القيام بأشياء التى يقوم بها هؤلاء الذين لديهم النشاط العادى للأفراد. وفى أحد الأبحاث التى شملت ٣٠٠ شخصاً مما تم بتر أعضاء من جسداهم تبين أن ٥١٥ منهم يقودون سياراتهم ٦٠٪ يلعبون البولنج، ٤٠٪ يسبحون، ٣٥٪ يمارسون هواية صيد الأسماك، ٢٥٪ يلعبون الجولف، ٢٥٪ يرقصون، ١٥٪ يلعبون التنس وكان العجز الخاص بالعينة والتى اشتملت على ٣٠٠ شخص كما يلى:

١٢٠ بتر فوق الركبة

٨٢ بتر تحت الركبة

- ٨ بتر فوق الركبة وتحت الركبة
 ٥ بتر مضاعف فوق الركبة
 ٥ بتر مضاعف تحت الركبة
 ٥٠ بتر فوق الكوع
 ٣٩ بتر تحت الكوع
 ٣ بتر تحت الركبة وبتر ذراع واحد
 ٣ بتر مضاعف تحت الكوع
 ١ بتر فوق الكوع وبتر تحت الكوع

ومن الصعب أن نتخيل وجود أمثلة بمثل ذلك العزم والتصميم الذى يوجد لدى أفراد يوصمون طبيًا بأنهم عجزة ولكنهم يخضعون لبرامج التأهيل الصحى بروح وهمة عاليتين. كما أنه يصعب تقدير الدور الهائل الذى تقوم به هيئة التمريض والذى يتمثل فى بث روح الأمل الذى يساعد هؤلاء المعوقين على تخطى الحواجز وتخطى مرحلة اليأس إلى أن يشفوا بأنفسهم طريقًا جديدًا لحياتهم.

٤ - ثقة عميقة بالنفس وبالله تتواجد لدى المعوق:

من المحتمل أن يكون رد الفعل العاطفى للعجز الحاد هو العجز والإنزواء كما سبق أن ذكرنا وتشوه القيم والمدرجات وعند تخيل المصير المؤلم والذى يجعل المعوق ينظر إلى العالم من حوله نظرة يملؤها الحسرة. ويرى المجتمع مخطئًا وقد يرى العالم مخطئًا أيضًا بل وقد يلقي باللوم على إرادة الله. وفى ظل هذا الإطار الذهني اليائس قد يرى من يقع فريسة للعجز أنه من المستحيل أن يفهم أن المجتمع والعالم والله لم يتغيروا وأنه هو الذى قد تغير.

وفى مثل تلك اللحظات الحرجة يكون من الحتمى استعادة ثقة المعوق فى بدء الحياة من جديد من تلك الزاوية الجديدة التى أصبح أسيرًا فيها

ويمكن تقديم العون الكبير للمعوق فى استعادة الثقة بنفسه إذا ما تمسك بثقته بالله فالروح المعنوية تلعب دوراً هاماً فى استعادة المريض ثقته بنفسه ويجب أن لا نستغرب عندما نجده أحياناً يلقي باللوم على مشيئة الله بالنسبة لما حدث له. هنا يجب إفهامه بأن هذا لن يجدى وأنه بدلاً من ذلك عليه أن يتمسك ببذل الجهد وأن يتخلى عن الألم والاعتقاد فى الله وفى قدرته المحدودة فى مساعدة هؤلاء الذين يطلبون المساعدة. وعند قبول المعوق لتلك الفكرة يكون قد وضع قدمه على أول مراحل النجاح فى تأقلمه مع حياته الجديدة وفى إيجاد منظور جديد فى هذه الحياة. وفى تثبيت قدمه خلال فترة نضاله مع العجز الذى يعانى منه. فالتصر فى أساسه مبنى على الروح المعنوية العالية ومن ناحية أخرى فإن النصر ضد العجز يعتمد أيضاً على استعادة الثقة بالنفس فعقب الساعات المظلمة والأيام الطويلة من اليأس والإحباط عندما تحدث الضربة القاصمة التى تحدد نهاية فترة من الحياة وبداية فترة أخرى محدودة القدرات لابد وأن تكون هناك انتكاسة فى الثقة وفى القيم وبالتأكيد يكون كل شيء قد ضاع أو فى الواقع يكون شيء ما قد فقد. غير أنه إذا استطاع المريض أن يقتنع بفكرة أن لديه الطاقة ليس فقط للتغلب على عجزه بل إنه لديه الطاقة لكى يخضع قدراته المتبقية لمشيئته فإنه يكون محتاجاً لغير الوقت ولغير ممارسة أنماط حركية جديدة يفرضها عليه العجز الذى أصيب به. وبعد ذلك يكون التقدم المدهش الذى يحققه فى مجال التأهيل هو متعته وفى نفس الوقت يكون هذا الدافع نحو المضى قدماً فى طريق التأقلم مع حياته الجديدة. وخلال الأسابيع التى يقضيها فى فترة التأهيل فإنه لابد أن تعترض المعوق فترات مؤقتة من اهتزاز الثقة وفقدان الأمل وهذا يكون للتشجيع الذى توفره الممرضة للمعوق أكبر الأثر فى مساعدة المريض على مواصلة نضاله ضد عجزه. وقد تكون هناك ساعات طويلة بل أيام طويلة أيضاً من الانهزامية السوداء التى تستولى على عقل المريض. غير أن تساؤل الممرضة الذى يثير البهجة فى نفس المريض قد يحول الانهزامية إلى روح لا

تعرف غير الانتصار وهذا هو التحدى الأكبر الذى يواجهه الممرضة التى تتعامل مع المعوقين. فالأهم من العناية الطبية التى تقدمها يكون عليها تهيئة نفسه وث روح الثقة والتفاؤل فى كل الأجواء التى تحيط به وثقة الممرضة وتفاؤلها ينتقلان منها إلى المريض فتتبعش آماله ويعاود بذل الجهد بتصميم جديد. ولن يفيد المريض أى شىء أكثر من إشاعته ذلك الجو من الثقة والتفاؤل من حوله.

٥ - الهوايات والاهتمامات لها أهمية قصوى:

ففى تلك الأيام ذات ساعات العمل القليلة وأوقات الفراغ الطويلة لمعظم هؤلاء الذين كانوا يعملون يومياً فإن خبراء الصناعة والتدريب والصحة ينصحون بشدة بالسعى وراء المهن المختلفة. ومن خلال التقبل للهوايات والاهتمامات ينشأ سحر جديد فى الحياة وآفاق جديدة من الفهم والتحدى تظهر للناس بعد انتهاء العمل اليومي وبداية ساعات الراحة. والشخص المعوق جسمانياً يحتاج أكثر من غيره خلال فترة العلاج الطويل لحالته وبعد عودته إلى العالم المهنى إلى هذا العلاج النفسى والعقلى.

وكل مريض معوق ينبغي أن يحفز على ممارسة هواية معينة طالما تسمح ظروفه الصحية بذلك وهو مازال داخل المستشفى وذلك على الأقل حتى يوجه تفكيره مؤقتاً بعيداً عن مشكلاته الصحية الخاصة. وطبيعة الهواية لا تهم بقدر ما يهم وجود الهواية لذاتها. وعموماً فإن طبيعتها ستحددها إلى حد كبير طبيعة الإعاقة وحجم العجز الجسمانى الموجود وفى كثير من الأحيان فإن الهواية تحدد على أساس قدر المعاونة التى تقدمها فى سبيل تعويض الإعاقة الموجودة. وفى هذا المجال فإنه يجب اتخاذ الحيطة بأن تكون الهواية مسلية لذاتها وليست فقط من أجل الإعاقة التى حتمت وجودها. والأثر العلاجى للهواية فى حالة الشخص المعوق يكمن أساساً فى قدرتها على جذب انتباهه بعيداً عن مشاكله وإعاقة الشخصية.

فالشخص الذى لم يفقد قدرته البصرية من الممكن أن ترفع روحه

المعنوية بقراءة مواضيع اختيرت بعناية. ولأن القراءة من الممكن تطويعها بسهولة لللائمة الذوق الشخصى لكل فرد فإنها تعد الأولى من حيث التفضيل بالنسبة للأصم ومريض القلب والشخص الذى بترت له ذراع أو ساق.

ولهؤلاء أيضاً فإن الكلمات المتقاطعة والألغاز المصورة والراديو (إلا الأصم) وأشغال الإبرة والرسم وشغل الصلصال وعمل أشكال بقطع الصابون تعد هوايات مناسبة وممتازة. وبالنسبة للشخص الضعيف فإن الراديو والمنادولين والجيتار أو أى أدوات موسيقية أخرى تعد إمكانيات ثرية للهروب والإرضاء النفسى الداخلى.

وكلما تقدم المريض فى العلاج الجسمانى والتأهيل ككلما ازدادت الهوايات التى يقدر على ممارستها والتى تتماشى أيضاً مع طبيعة الإعاقة. ومن هذه الأشياء القراءة على طريقة بريل وقراءة الشفاة والعزف على البيانو وألعاب الكرة والمشى باتزان والتحكم بالأرجل الصناعية وممارسة الأعمال اليدوية باسعمال الخطاطيف أو بدائل الأيدي الاصطناعية ولعب تنس الطاولة والبياردو والورق والرقص. وهذه الإمكانيات غير المحدودة مما سبق الإشارة إليها قد شجعت أعداداً كبيرة من المعوقين على تبني نظرة «الإمكانيات غير المحدودة» وصناعة معجزات عن طريق فتح باب الأمل للمعوق بأنه لا حدود لإنجازاته بالرغم من إعاقته وكل ذلك من خلال المجالات والتنظيم النشط للأشخاص الذين بترت لهم بعض أطرافهم بجعلهم فى مجموعات محلية فى أماكن متفرقة من البلاد وأيضاً من خلال زيارة شخص بترت له أحد أطرافه وعولج منها وتأهل للمعيشة الخارجية للمستشفى لزيارة ضحايا الحوادث الجدد ولهم نفس نوع الإعاقة، والمرضة ذات الأفق المتسع لها أيضاً إمكانيات غير محدودة فى مساعدة مريضها المعاق لإيجاد أولاً : طريقة مناسبة لإطلاق ما بنفسه من ألم وشكوى ثم بعد ذلك الأمل والعزيمة وذلك من خلال الهوايات والاهتمامات المناسبة لحالتهم الخاصة.

٦ - المعوق يستجيب بطريقة أفضل للعلاج عندما يعامل كأنه شخص طبيعي:

فالشخص البالغ والمعوق جسمانياً كالطفل المعوق تتحسن حالته بصورة أفضل إذا تمت قيادته وعلاجه على أساس الواقع وليس عن طريق إظهار الأسف الشديد لحالته أو معاملته معاملة خاصة به وحده فالأسف (هو عاطفة بشرية عادية) من الممكن أن تضر إذا زادت عن الحد فالشخص المعوق يحتاج بشدة لأن نحمى شخصيته وليس إلى أن ننحيه جانباً لأنه عديم الفائدة ولا أمل منه ويجب فقط أن نغمره بالشفقة والرأفة فهو يعلم أنه معوق ويعلم أن الآخرين يلاحظون ذلك. وبالتالي فإن المخالطين له يشعرونه ويحرجونه أكثر مما يساعدوه ويحقروه حينما يعبرون له عن مدى أسفهم وشغلهم بحالته الصحية وبالتالي فإن تجاهل الإعاقة ومعاملته على أساس أنه لا يختلف عن رفاقه غير المعوقين يساعد على نسيان إعاقته ولقت النظر إلى الإعاقة إما بكلمة أو بنظرة لها آثار مدمرة على الروح المعنوية للشخص المعوق كما أنها تزيد من العبء النفسى عليه. ومن ناحية أخرى إذا تم تجاهل إعاقته من الأشخاص المحيطين به فإن ذلك يعطيه المزيد من الشجاعة والإقدام لكي يصل إلى غايته وهى التغلب على إعاقته وبالتالي فإنه سيضعف الجهد ليصل إلى هذه الغاية.

هدف المعوق: التأهيل وإعادة التوظيف:

باستثناء القلق النفسى والخوف من المستقبل ومن التقبل الاجتماعى له فإن الشخص المعوق بلا ريب يعاني ويخاف أكثر من عدم قدرته على كسب عيشه له ولأسرته. ففي الأسابيع الأولى من محنته يحس إحساساً عميقاً بعدم الأمن. فالذى فقد بصره أو سمعه أو يديه أو قدميه أو تخطمت قدرته الجسمانية يحس أنه عديم الجدوى وغير قادر على مواجهة الحياة ومتطلباتها. وهو يحس بالأمل فقط عندما يبدأ فى برنامج التأهيل والتعليم

الذى يلائم اهتماماته. وحقيقة قد يبدو هذا الأمل واهنا ولكنه على أية حال يعتبر بارقة ضوء في الظلام الحالكة. وحين يبدأ البرنامج فى أخذ شكل معين ويحس المريض أنه بدأ يتأهل للحياة وللعمل وللکسب فإن بارقة الأمل تتحول إلى طاقة واسعة من الأمل والشجاعة كما أنه يتوقع أن تعود إليه راحة البال والرضا اللذان كان يحس بهما قبل أن تحدث إعاقته كلما أحس أنه من الممكن أن يعود إلى عمله، وإلى عالم الكسب وإعادة النفس وإلى أصدقائه فى المحل أو المصنع أو المتجر ويصبح ناجحاً فى عمله وتصبح إعاقته الجسمانية غير ملحوظة.

الفصل الحادى عشر

التشخيص النفسى للسلوك

- تمهيد.
- التصنيف والتشخيص ودور الاختبارات النفسية.
- عرض لعدد من المقاييس المستخدمة فى التشخيص الإكلينيكى.

الفصل الحادى عشر

التشخيص النفسى للسلوك

تمهيد:

واكب نشأة علم النفس الإكلينيكي نحو استخدام الاختبارات النفسية فى المجال التطبيقي، وكانت الاختبارات النفسية الإكلينيكية وما زالت أهم الوسائل التى يستخدمها أخصائى علم النفس فى عمله الإكلينيكي، وتعد هذه الاختبارات فى رأى غالبية علماء النفس بوجه عام، والإكلينيكين بوجه خاص وكذلك الأطباء النفسيين وسائل ذات قيمة، إذ تسهم فى عمليات التشخيص والتوجيه والإرشاد النفسى، وكذلك فى تقييم آثار العلاج النفسى.

والواقع أن الاختبارات النفسية مثلها فى ذلك مثل جميع وسائل التقويم الأخرى يمكن الاستفادة منها إذا أحسن استخدامها، كما أنها تؤدي إلى مشاكل متعددة إذا ما أسئ استخدامها ولم يحسن تفسير نتائجها، فهى فى يد الأخصائى المتمرس أداة بالغة الفائدة والقيمة، وأخصائى علم النفس الإكلينيكي يستطيع أن يعتمد إلى حد ما فى تقدير خصائص المريض، ومختلف جوانب شخصيته وسلوكه على الملاحظة والمقابلة، ولكنه يستطيع أن يقوم بذلك بدقة أكبر، فى وقت أقصر، وبمجهود أقل - إذا استخدم الاختبارات النفسية بكفاءة ودقة.

وفيما يتعلق بقيمة الاختبارات النفسية فى دراسة الحالات الإكلينيكية فإنه يمكن القول بأن أخصائى علم النفس الإكلينيكي مهما كان بارعاً لا يمكن أن يصل عن طريق وسائل الفحص الأخرى إلى الدرجة التى تصل إليها الاختبارات النفسية من حيث تغطيتها لمساحة أكبر من شخصية المريض وسلوكه، وفى وقت أقصر مما يبذل فى بعض الطرق الأخرى - كما تتاح للمقاييس معايير يمكن معها مقارنة المريض بغيره من المفحوصين فى مثل

سنه وجنسه ومستواه الاجتماعى والثقافى والاقتصادى. والعلاقة الدقيقة بين سلوك المريض فى الوقت الحاضر والتنبؤ بسلوكه فى المستقبل (٤٢ : ٨٣-٨٤).

وعلى الرغم من ذلك فإنه من المحقق أن فهم الشخص وفهم مشكلاته فهماً متعمقاً شاملاً لا يمكن تحقيقه فقط من خلال الاعتماد على الاختبارات النفسية، ولكن أيضاً فى ضوء البيانات الأخرى كبيانات المقابلة والملاحظة والتاريخ الشخصى والتقارير الطبية . (٣٣ : ١٠٣).

– التصنيف والتشخيص ودور الاختبارات النفسية:

يقصد بالتشخيص Diagnosis فحص الأعراض المرضية واستنتاج الأسباب وتجميع الملاحظات فى صورة متكاملة ثم نسبتها إلى مرض معين محدد.

فالتشخيص فهم للمرض وبيان العلاقة بين الأعراض المرضية فى زملة Syndrome مرضية . وفى الوقت الحاضر يأخذ التشخيص النفسى صورة تحديد المشكلة أو حالة المريض النفسية . والأسباب المرضية لما يواجهه من صعوبات، والأساليب العلاجية الممكنة لمواجهة ما يجده من صعوبات والتغلب عليها – والتنبؤ بما سوف يسفر عنه العلاج من نتائج، أى سلوك المريض فى المستقبل، ويصبح التشخيص فى هذه الحالة تصنيفاً وصفيًا De-scriptive Taxonomy or Classification . أو وصفاً لعلاقات طبيعية حيوية للمشكلات، وفيه أيضاً نهتم بسمات شخصية الفرد وميوله ودوافعه وصراعاته ودفاعاته. أى فهم ديناميات الشخصية. وبذلك يستطيع الأخصائى النفسى الإكلينيكى فهم السلوك وتفسيره وتحقيق الفهم العميق لمشكلات التوافق (٤٢ : ٧٤-٩٧).

وتعتبر الاختبارات النفسية : موضوعية أو إسقاطية أو غيرها أداة مهمة من حيث أنها تكمل المعلومات التى نحصل عليها بطرق مختلفة، وقد تلقى

عليها أضواء جديدة، ويمثل الاختبار الإسقاطى بالنسبة للمفحوص موقفاً مثيراً يتيح الفرصة كى يعكس عليه دون شعور منه حاجاته الخاصة وإدراكاته وتفسيراته الذاتية، والمواد المتعددة للأساليب الإسقاطية مثل الصور وغيرها تستخدم منبهات لاستجابات تكشف عن تركيب شخصية الفرد ومشاعره وقيمه ودوافعه وخصائصه التوافقية، وبعبارة أخرى فهو يسقط الجوانب الداخلية من شخصيته من خلال تفسيراته وتكويناته وبذلك يكشف لا إرادياً عن سمات كامنة تحت السطح الظاهري من شخصيته لا يمكن إظهارها باستخدام اختبارات الشخصية الموضوعية.

وعندما نطبق مفهوم الإسقاط فى أساليب تقويم الشخصية فإنه يصبح أكثر تحديداً فى معناه، فهو يشير إلى ضبط العمليات المعرفية للشخص أى إدراكاته وتداعياته وذكرياته وإحكامه وتأثيرها بالحوادث الخارجية مثل: المشيرات والمؤثرات النفسية الداخلية كالحاجات الدافعية والأنماط التوافقية. أى أن ما يراه الفرد وما يتذكره وما يفكر فيه جزء من استجابته للمثير الخارجى ولموجهات داخلية، فالإسقاط هو التركيز على المحددات الداخلية للإدراك والفكر . (٤٢ : ٤٤٣٣-٤٣٥) (١).

ومن الاختبارات النفسية ما هو من نوع الاستبيانات أو اختبارات التقرير الذاتى التى تستخدم الورقة والقلم، ومن أمثلتها اختبارات :

- ١ - اختبار الشخصية المتعدد الأوجه M.M.P.I
- ٢ - استخبار أيزنك للشخصية. E.P.Q.
- ٣ - مقياس التقلبات الوجدانية الدورية (ث) (C.)
- ٤ - مقياس الانهباط أو الاكتئاب (د) (D)

أو قد تكون اختبارات إسقاطية تكون المنبهات فيها أقل تحديداً فى بنيانها كما تكون أهدافها غير واضحة للمفحوص، فيصعب عليه تزييف

(١) سيد غنيم، هدى بريدة، الاختبارات الإسقاطية، القاهرة، دار النهضة العربية، ١٩٨٠،

استجاباته لها، ومن أمثلتها:

- ١ - اختبار يقع الجبر - رورشاخ
- ٢ - اختبار تفهم الموضوع T.A.T. - مورجان وموراي.
- ٣ - اختبار روتر لتكميل الجمل. روتر وويلومان.

ومن الواضح أن هذه الأنواع المختلفة من الاختبارات تؤدي وظائف مختلفة في المواقف الإكلينيكية المختلفة، مثل تحديد المستوى العقلي للفرد بقصد مساعدته في اختيار تعليم أو مهنة أو كليهما أو تشخيص ضعف عقلي أو تدهور عقلي أو اضطراب عصبي أو ذهاني أو تحديد تلف في المخ أو خلل عضوي... إلخ. (٣٣ : ١٨).

وتتميز الاختبارات الإسقاطية عن الاختبارات الموضوعية بالنواحي الآتية:

- ١ - أن الموقف المثير الذي يستجيب له الفرد غير متشكل، وناقص التحديد، وأن ذلك من شأنه أن يقلل من التحكم الشعوري للفرد في استجاباته بما يترتب عليه سهولة الكشف عن شخصيته.
- ٢ - أن الفرد لا يدرك طريقة تقدير استجاباته، ولذلك فإنه يكشف عن نفسه بسهولة ودون محاولة إخفاء شخصيته أو بعض نواحيها عن المختبر.
- ٣ - أن الاستجابات لا تقدر من ناحية أنها صواب أو خطأ، ولكنها تقوم من ناحية دلالتها على شخصية المفحوص على اعتبار أنها إسقاطات لمشاعره ورغباته ومشكلاته على مدرك خارجي وهي مواد الاختبار.
- ٤ - أن الاختبارات الإسقاطية لا تقيس النواحي الجزئية من الشخصية، ولكنها تحاول أن ترسم صورة للشخصية ككل من حيث مكوناتها أو العلاقات الديناميكية بين هذه المكونات.
- ٥ - أن الاختبارات الإسقاطية لا تقيس المظاهر السطحية للشخصية، بل إنها تتغلغل في شخصية المفحوص إلى التنظيم الأساسي للشخصية والديناميكيات المؤثرة في هذا السلوك الظاهري (٤٣٨ : ٤٣٩-٤٣٩).

عرض لعدد من المقاييس المستخدمة في التشخيص الإكلينيكي:

أولاً: اختبار الشخصية المتعدد الأوجه (M.M.P.I):

صمم اختبار مينسوتا لكي يستخدم كأداة تساعد في عملية التشخيص للاضطرابات العصابية والذهانية، ولذلك فقد جاء تكوينه نتيجة لدراسات تجريبية وإحصائية (عن طريق تحليل البنود) هدفها التحقق من أنها تفرق فعلاً بين المجموعات الإكلينيكية المختلفة وبين مجموعات الأسوياء^(١).

ولذلك فهي تعد اختبارات تشخيصية فارقة Differential Diagnostic Tests ذلك أنها تفرق بين الانحرافات المتشابهة عن طريق البحث وراء الظواهر الأساسية العامة لهذه الانحرافات.

وهناك من الاعتبارات ما يسمح بتطبيق مقاييس مينسوتا على الأسوياء، رغم أنها محملة أساساً بمعاني المرض (وأقرب هذه الاعتبارات إلى البداهة ما تكشف عنه دراسات التقنين نفسها التي نشرها (هاثاواي وماكينلي S.R. Hathway & J. G. Mckinly منذ بدء تكوينهما لمقاييس الاختبار.

وقد أوضحت هذه الدراسات أن الفرق بين المرضى والأسوياء على هذه المقاييس فروقاً كمية ومن ثم فإن الأسوياء يتألون على هذه المقاييس درجات معينة (منخفضة نسبياً) ولا يتألون صفراً، هذا إلا أن تلك الدرجات تكشف عن فروق فردية فيما بينهم.

وقد طبقت بالفعل مقاييس مينسوتا في عدد كبير من الدراسات على الأسوياء من الجنسين ومن مختلف الفئات المهنية والاجتماعية والاقتصادية اعتماداً على هذه الحقيقة. ثم إن هذه المقاييس قد لا تختلف عن بقية مقاييس الشخصية من حيث قياسها للنواحي المزاجية والانفعالية إلا أنها تؤكد ناحية التشخيص.

(١) سويف (مصطفى)، إطار أساسي للشخصية، ودراسة حضارية مقارنة على نتائج التحليل العالمي،

المجلة الجنائية القومية، عدد ١٩٦٢/٥، ص ١-٤٨.

ويتكون الاختبار من (٥٥٠) عبارة تغطي مدى واسعاً من الموضوعات تتناول الجوانب المختلفة في الشخصية، وتصنف عبارات الاختبار في أربعة مقاييس للصدق تهدف إلى التأكد من صدق الصفحة النفسية، وعشر مقاييس إكلينيكية يمكن أن تتوافق ونظام كريلين التصنيفي، وفيما يلي عرض للمقاييس الإكلينيكية التي يشتمل عليها الاختبار:

١ - مقياس توهم المرض (هـ.س):

هو مقياس لمقدار الاهتمام الزائد بالوظائف الجسمية، والقلق الذي لا يستند إلى سبب على الصحة، فيشكو الفرد غالباً من الام واضطرابات يصعب تبينها، ولا يوجد أساس عضوى واضح، ومن خصائص المتوهم للمرض أنه يكون ناقص النضج في معالجته لمشكلات الراشدين، ولا يستجيب لها بالاستبصار الكافي.

٢ - مقياس الهستيريا (هـ.ي):

يقيس المقياس تشابه المفحوص بالمرضى الذين يظهر عليهم أعراض الهستيريا التحولية، قد تأخذ هذه الأعراض صورة شكاوى عامة ومنظمة أو شكاوى أكثر تحديداً أو تخصصاً مثل الشلل والتقلصات، والاضطرابات المعدية والأعراض القلبية، وقد لا تظهر مطلقاً أعراض واضحة محددة على شخص يحصل على درجة مرتفعة في المقياس، ولكنه في وقت الشدائد يحتمل أن تظهر عليه الأعراض الهستيرية بوضوح، وأن يلجأ إلى حل المشاكل التي تواجهه عن طريق هذه الأعراض.

٣ - مقياس الانحراف السيكوباتي (ب.د):

يقيس هذا المقياس درجة تشابه المفحوص بجماعة السيكوباتيين الذين تتمثل صعوبتهم الرئيسية في نقص الاستجابة الانفعالية العميقة، وحتى عدم القدرة على الاستفادة من الخبرة، وعدم المبالاة بالمعايير الاجتماعية رغم أنهم يكونون أحياناً خطرين على أنفسهم وعلى الآخرين.

٤ - مقياس البارانويا (ب أ) :

استخرجت عبارات هذا المقياس بالمقارنة بين استجابات السويين واستجابات جماعات متنوعة من المرضى بالبارانويا، أى من عملاء العيادات الذين يتسمون بالتشكك والحساسية الزائدة وبهواجس الاضطهاد... وقد يشير المقياس فى حالة ارتفاع الدرجة عليه إلى حساسية زائدة فيما يتصل بالعلاقات الاجتماعية وليست إلى شعور بالاضطهاد، وعلى كل حال حين ترتفع الدرجة فإن ذلك يكون علامة ثابتة على الحساسية الزائدة أو على شعور بالاضطهاد.

٥ - مقياس السيكاثيا (ب ت) :

وهو مصطلح استخدمه (جانيت Janet) للدلالة على عصاب نمطى يتميز بالقلق الزائد المرضى والأفكار القهرية والوساوس. ويكشف مقياس السيكاثيا عن التشابه بين المفحوصين والمرضى الذين يعانون من المخاوف المرضية أو السلوك القهرى. وقد استخرج هذا المقياس من استجابات وسواسيين قهريين ممن كانوا يعانون أيضاً من الانقباض الشديد وكان تشخيصهم المميز عصاب سيكاثيا. فالمقياس إذاً شديد الارتباط بالمثلث العصابى .

٦ - مقياس الفصام (س ك) :

يكشف هذا المقياس عن التشابه بين استجابات المفحوص واستجابات جماعة مختلطة من المرضى الفصامين الذين يتميزون بالتفكير أو السلوك الخلطى الشاذ، أو على الأقل ممن يشبه سلوكهم السلوك الفصامى، ويرتبط مقياس الفصام ببعض المقاييس الأخرى. وقد وجد المؤلفان معامل ارتباط بين س ك، ب أ للأسوياء يعادل ٨٤، وبسيط هذا المعامل إلى ٧٥، فى حالة اللا أسوياء.

٧ - مقياس الهوس الخفيف (م أ) :

استخرج هذا المقياس من استجابات جماعة من الأشخاص الذين يتميزون بالنشاط الزائد فى الفكر وفى العمل ، ويعانون من الهوس الخفيف . والشخص المصاب بالهوس الخفيف يبدو أنه ينحرف انحرافاً ضئيلاً فقط عن حد السواء .

٨ - مقياس الانطواء الاجتماعى (س ي) :

ويهدف هذا المقياس إلى قياس النزعة إلى الانزواء من الاتصال الاجتماعى بالآخرين ، وعدم الاشتراك فى أوجه النشاط المختلفة التى يشترك فيها مجموعة من الناس ، وهو ليس مقياساً إكلينيكياً بالمعنى المحدد أى لا يقتصر استخدامه على مرضى المستشفيات ، ولكنه يمتد أيضاً إلى السويين ، وقد وجد أن الدرجات المرتفعة على هذا المقياس تدل على الميل إلى الانطواء .

٩ - مقياس الاكتئاب (د د) :

ويقىس مدى عمق الأعراض الإكلينيكية للاكتئاب ، وهو حالة من عدم القابلية للاستجابة للمنبهات أو كلها ، أو انخفاض المبادأة - وتواتر الأفكار القائمة لدى الشخص ، وقد يكون الاكتئاب عرضاً فى بعض الاضطرابات النفسية أو العقلية ، ولكن ثمة أفراد دون أى عرض للاضطراب النفسى أو العقلى معرضون للاكتئاب وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى معنويات منخفضة فى المجال الوجداني مصحوبة بإحساس بعدم النفع وعدم القدرة على تحقيق أهدافه فى المستقبل .

١٠ - مقياس الذكورة - الأنوثة (م ث) :

وهو أساساً مقياساً للاهتمامات الخاصة بكل جنس ، ويقىس الميل إلى الذكورة أو الأنوثة فى أنماط الاهتمامات ، وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى انحراف فى نمط الاهتمامات فى اتجاه الجنس الآخر ، وقد

اختيرت بنود المقياس نتيجة لمقارنات بين الميول الذكورية والميول الأنثوية لدى الذكور، ثم مقارنات بين الجنسين، ويعتقد مصمموا الاختبار أن الدرجة على هذا المقياس ذات أهمية فى مجال الاختبار المهني، فبصفة عامة يمكن القول أن من الأفضل وضع الأشخاص فى المهن الملائمة لدرجتهم على هذا المقياس.

والواقع أن الاختبار لا يهدف إلى قياس سمات نفسية أو إلى الكشف عن الأسباب والعوامل الكامنة وراء الأعراض، ولكنه يهدف إلى أن يميز السيكولوجى الإكلينيكي بصورة متكاملة عن الجوانب المتعددة فى شخصية العميل، وتتمثل فى الصفحة النفسية التى يمكن رسمها فى الدرجات المعيارية على المقاييس المختلفة، وقد أسفرت البحوث على أن نمط العلاقات بين المقاييس أهم فى الدلالة الإكلينيكية من أى درجة على مقياس واحد بمفرده.

ثانياً : اختبار أيزنك للشخصية E.P.Q

وضع هذا الاختبار كل من هانز أيزنك، وسبيل أيزنك زوجته، وهو آخر تطورات سلسلة قوائم أيزنك فى قياس سمات الشخصية، وقد صدر هذا الاختبار فى عام ١٩٧٥، وأهم ما يفترق فيه الاختبار الحالى عن قائمه أيزنك للشخصية والتى تعرف بـ (E.P.I) وهو فى احتواء الأول (E.P.Q) على مقياسين إضافيين الأول وهو مقياس الذهانية، والثانى هو مقياس الميل للإجرام، كما أجريت بعض التحسينات على مقاييس : الانبساط، العصاوية، الكذب، ومع ذلك فيمكن استخدام هذه المقاييس الثلاثة فى القائمة السابقة بنفس الكفاءة، أما المقياس الثانى وهو مقياس الميل للإجرام فهو مقياس يستخدم للتمييز بين المجرمين وغير المجرمين، ويمكن أن يكون مقياس الميل للإجرام مفيد فى التنبؤ بالجناح أو العود للإجرام.

ويشير مصطلح الذهانية كما يقاس بهذا المقياس الفرعى المسمى بهذا الاسم إلى سمة كامنة فى الشخصية وتوجد بدرجات متفاوتة لدى كل

الأشخاص، وإذا ما وجدت بدرجة عالية فإنها تشير إلى أن لدى الفرد قابلية أو استعداد لتطوير شذوذ نفسى، ومع ذلك فإن وجود مثل هذا الاستعداد أو التهيؤ النفسى يعد بعيداً تماماً عن الذهان الفعلى، وأن نسبة ضئيلة فقط ممن لديهم درجات ذهانية مرتفعة يعدون مستعدين لتطوير الذهان خلال مجرى حياتهم.

وقد أجرى حساب صدق لمقياس الذهانية بالطرق الخمس الآتية:

- ١ - للمجرمين درجات مرتفعة عليه بالمقارنة بالعينة الضابطة لهم.
- ٢ - لأطفال المدارس، وذوى السلوك المضاد للمجتمع درجات مرتفعة.
- ٣ - على مجموعات ذهانية - ولهم درجات مرتفعة على هذا المقياس.
- ٤ - يصطلح على أن العدوان والاهمال والعدوانية وهما اثنتان من المكونات الأساسية للذهانية وهما خصائص ذكرية، فافترض أن درجة الذكور أعلى، كما اتضح كذلك أن هناك علاقة دقيقة بين الذهانية والنمط الذكى للاتجاهات والسلوك.

٥ - دراسات تجريبية ومعملية وارتباطية:

وقد ورد فى كراسة تعليمات الاستخبار، المعايير الإنجليزية لدى عينات سوية تبعاً لـ مختلف المهن بالإضافة إلى جماعات غير سوية مع بيان تأثير متغير العمر، ومعاملات الارتباط بين المقاييس الفرعية الأربعة.

والمقياس يتكون من ١٠١ سؤالاً موزعة على المقاييس الفرعية الخمس الآتية:

المقياس الفرعى	الرمز	عدد البنود
١ - الذهانية.	P	٢٥
٢ - الانبساط.	E	٢١
٣ - العصائية	N	٢٣
٤ - الكذب	L	٢١
٥ - الإجراء	C	٣٣

ويلاحظ أن عدد البنود موزعة على المقاييس الفرعية الخمس (المشمولة في القائمة) (١٠١ بند) وذلك نظراً لاشتراك بعض البنود في أكثر من مقياس فرعى واحد. هذا وقد أظهرت الدراسات التي استخدمت فيها هذه القائمة (E.P.Q) قدرتها على التمييز بين مجموعات إكلينيكية متعددة تعاني اضطرابات في السلوك، ويقصد الباحث الاضطرابات السلوكية ليس فقط الأمراض النفسية أو العصبية أو الذهانية فقط، لست أقصد هذا النوع من الاضطرابات وحدة إنما تنسحب التسمية على جميع مظاهر الاختلال في السلوك التي اعتدنا أن نطلق عليها أسماء كالجرمة والجناح وأشكال سوء التوافق المتعددة. وهذا الاستخبار أجرى عليه رصيد كبير من الدراسات الأجنبية والعربية التي تدلل على كفاءته .

ثالثاً : مقاييس التقلبات الوجدانية الدورية والاكتئاب من استخبار جيلفورد للشخصية S.T.D.C.R.

يلاحظ أن مقاييس جيلفورد قد ألفت دون الاستعانة بمحكات خارجية، بل بالاعتماد على نتائج التحليل العاملي لمعاملات الارتباط بين عدد من البنود طبقت على فئات من المفحوصين الأسوياء في سلسلة من الدراسات العاملية المتتالية، وكانت هدف هذه الدراسات اختبار سلسلة من الفروض مثل الفرض القائل: بأننا إذا جمعنا مجموعة البنود التي يقال أنها تكشف عن مظاهر الانطواء/ الانبساط، وقمنا بإجراء تحليل عاملي للارتباطات القائمة فسوف نعثر على أكثر من عامل.

وبناءً على نتائج التحليلات العاملية أمكن الكشف عن ثلاثة عشر عاملاً أولياً، ثم جمعت البنود المختلفة مع بعضها البعض على أساس تشبعاتها العاملية وحذفت البنود التي لا قيمة لها، وأخيراً قدرت معاملات الارتباط بين كل بند وبين مجموعة البنود التي ضم إليها، وذلك توفيراً للدقة في حساب الوزن الذي يعطى لكل بند على حده في مساهمته في الدرجة الكلية التي ينالها المفحوص على المقياس.

والسمات الأولية التي يقيسها المقياس هي على النحو الآتي:

- S الانطواء الاجتماعي أو العزلة، ورمزه بالعربية (س)
- T انطواء التفكير، النزوع إلى لتأمل الفكرى ورمزه بالعربية (ت)
- D الانهياط، مشاعر التعاسة والتشاؤم ورمزه بالعربية (د)
- C الاستعداد للتقلبات الوجدانية أو الدورية ورمزه بالعربية (ث)
- R الميل إلى التخفف من الأعباء ورمزه بالعربية (ر)

ويذكر جيلفورد أن السمات (س، ت، د) يمكن أن نعتبرهما بمثابة أنواع ثلاثة من الانطواء/ الانبساط، ويمكن تمييز القطب المقابل للعامل (ر) على أنه التحكم في النفس وضبطها.

وربما تفسر السمات (ر، ت) عندما تؤخذان معاً قدرًا كبيراً من زملة الميل العصائى أو سوء التوافق الوجدانى.

(أ) مقياس التقلبات الوجدانية الدورية (ث):

من بطارية جيلفورد لعوامل الشخصية المعروفة باسم (S.T.D.C.R) ويهدف هذا المقياس إلى قياس بعض الاعراض المتعلقة بالاضطرابات الانفعالية أو الميل العصائى أو عدم التوافق الانفعالى.

والاختبار ذا طابع باثولوجى رغم تقنيته أصلاً على الأسوياء، والمقصود به الإشارة إلى اتجاهات معينة لبعض مظاهر سوء التوافق عن الأسوياء من شأنها إذا تضخمت (إذا غلب حدوثها فى كثير من مواقف الحياة، أو إذا كثرت أشباهها فى سلوك الشخص) أن يؤدى بالشخص إلى المرض.

وقد أثبت المقياس ارتفاع فى مستوى الثبات (٠,٩٤٥)، وارتفاع فى التشبع بعامل العصائية (٠,٩٤٩)، فى حالة الذكور، و (٠,٨٤٠)، فى حالة الإناث.

ب - مقياس الانهياط أو الاكتئاب (د) :

ويرتبط هذا المقياس بالزميلات الانقباضية المختلفة، والدرجة المرتفعة على المقياس تدل على انخفاض الروح المعنوية على الشعور باليأس والتعاسة والنظرة التشاؤمية للحياة، كما أنه ينزع إلى القلق ويتميز بنقص الثقة في النفس وضيق الاهتمامات وقد أثبت المقياس ارتفاع في مستوى الثبات بلغ (٦٢٩)، وارتفاع في التشيع بعامل العصائية وصل إلى (٩٤٩)، في حالة الذكور، و (٦٩١)، في حالة الإناث.

وقد استخدم مقياس التقلبات الوجدانية (ث)، والانهياط أو الاكتئاب (د) لقياس بعد العصائية في حالة المقياس الأول، أما المقياس الثاني فقد استخدم لقياس تلك الأعراض المتضمنة فيه بحيث تلقى في نهاية الأمر ضوءاً على الاكتئاب وهو العصاب النمطى للانطواء.

نماذج من الاختبارات الاسقاطية

(١) اختبار تفهم الموضوع Thematic Apperception Test T.A.T

يعتبر هذا الاختبار من أكثر الاختبارات الاسقاطية شيوعاً إذ يستخدم في اعمال العيادات النفسية وفي دراسة الشخصية، ويقوم هذا الاختبار على تقديم عدد من الصور الغامضة نوعاً ما ودعوة المفحوص إلى تكوين قصة أو حكاية تصف ما يدور بالصورة وتتناول احوال الاشخاص والاحداث التي تجرى فيها، ثم يقوم الفاحص بدراسة ما يقدمه المفحوص، ويحاول أن يستشف منها ما في نفسه من ميول ورغبات واتجاهات وحاجات مختلفة.

ويتكون هذا الاختبار من عشرين صورة تقدم للمفحوص الواحدة بعد الاخرى، ويطلب منه أن يكون حكاية وقصة عن كل صورة منها، وهناك صور خاصة بالصبيان B وبالبنات G وبالرجال M وبالنساء F وتعطى الصور وفق ترتيب محدد تشير إليه الارقام المكتوبة على ظهر البطاقة.

كما تشير الحروف الابجدية المكتوبة إلى جانب الرقم الى نوع

الشخص الذى تقدم اليه البطاقة ذكراً أم أنثى، صغيراً أم كبيراً، ويستغرق إجراء الاختبار عادة جلستين تعطى للمفحوص فى كل منها عشر صور، وقد وجد بالتجربة ان المفحوص لو اعطى العشرين صورة فى جلسة واحدة لأدى ذلك إلى التعب واقتضاب الحكايات وتفاهة محتوياتها.

وتختلف تعليمات الاختبار التى تلقى فى الجلسة الأولى عن تلك تلقى فى الجلسة الثانية كما أن هناك من التعليمات احدهما (أ) توجه إلى اصحاب الذكاء المتوسط، وفوق المتوسط والمتقنين من الكبار.

أما الأخرى (ب) فتوجه إلى الاطفال والكبار من ذوى التعليم المحدود والذكاء المحدود - والمرضى العقليين. وقد نشر مورجان وموراى Morgan & Murray اختبار تفهم الموضوع فى سنة ١٩٣٥، ثم نشر مورجان الدليل النهائى فى عام ١٩٤٣.

ثبات الاختبار

حسب ثبات الاخبار بطرق متعددة من بينها ثبات المصححين، واعادة الاختبار والقسمة النصفية، ويتراوح معامل ثبات المصححين (باستخدام معامل ارتباط الرتب بين ٠,٣٠، ٠,٩٠، وباستخدام النسبة المئوية للاتفاق وصلت النسبة إلى ما بين ٥٠٪ إلى ٧٥٪ وهناك معاملات ثبات باعادة الاختبار لبعض فئات التصحيح تتراوح بين ٠,٦، ٠,٩، كما توصل بعض الباحثين إلى معاملات ثبات تصل إلى ٠,٨ بعد إعادة الاختبار بشهرين لعينة من الاناث عددها (١٥) وهناك معاملات ثبات أقل لعينات أخرى مختلفة.

وتحليل القصص من حيث تكرار التعبير عن الحاجات - وتقدير شدة هذه الحاجات والضغط حسب ثبات القسمة النصفية وحصل بعض الباحثين على معاملات ثبات يتراوح بين ٠,٤٨، ٠,٤٦.

الصدق:

لا تتوافر محكات مناسبة لصدق الاختبار ويلاحظ عدم ملائمة المفاهيم والأسس النظرية التي تقوم عليها الاختبارات الاسقاطية للمفاهيم السيكومترية لصدق والثبات وإذا أخذنا بمفهوم صدق التكوين اعتمادا على المقدمات النظرية الى يقوم عليها الاختبار،

فيمكن بناء عدد من الفروض التي تقبل الاختبار لتكون بمثابة محك للصدق - فبناء على منطق اسقاط الحاجات والضغط على مضمون القصص يتوقع أن نجد قصصا تدور حول الطعام لدى الافراد الجائعين - وقد ظهر بالفعل أن العلاقة منحنية بين الجوع وبين مضمون القصص واحتوائها للطعام.

(٢) اختبار بقع الحبر Rorschach Inkplot Test

وضعه (هنرى رورشاخ H-Rorschach الطبيب النفسى السويسرى ونشره فى مؤلفه Psychodiagnostics عام ١٩٢١

ويتألف الاختبار من عشر صور تتكون كل صورة منها من أشكال متماثلة على نحو ما يحدث حين نلقى بنقطة حبر كبيرة على ورقة بيضاء ثم نطبق الورقة ونضغط عليها قليلا فتخرج اشكال مختلفة متماثلة مع ذلك، وعلى الرغم من أن بطاقات رورشاخ قد تكونت بصورة عارضة، إلا أن الصور العشر التي تكون منها الاختبار قد اختبرت من بين عدد كبير جدا من الصور.

وهذه الصور العشر تشير أكبر قدر ممكن من الاستجابات المختلفة لدى الاشخاص المختلفين وظروف إجراء هذا الاختبار لا تختلف كثيرا عن ظروف إجراء الاختبارات الأخرى من حيث ضرورة إجراء الاختبار فى غرفة خاصة، حتى لا يتخرج المفحوص من وجود شخص ثالث، وغير ذلك من أمور يجب أن تراعى أثناء جلسة التطبيق.

وبعرض على المفحوص العشر بطاقات الورقية - مطبوع على كل بطاقة بقعة حبر متماثلة الجانبين، وخمس من هذه الصور تتكون من اللون الاسود، وظلاله الرمادية بينما تتضمن بطاقتان اخريان لمسات اضافية من اللون الاحمر، وتتضمن البطاقات الثلاث الباقية بعض الظلال الملونة.

وتقدم البطاقات للمفحوص تباعا وتقضى التعليمات بان يذكر للمختبر: ماذا يرى فيها؟ وبماذا تذكره؟ أو ماذا يمكن أن تمثله؟

والاستجابات التي يعطيها المفحوص، وكذلك الاجابات لاسئلة معينة عن هذا التداعى فيما بعد، تستخدم كأساس للتصحيح والتفسير، ولا تصحح الاستجابات اساسا وفقا للمضمون، كما قد يكون متوقعا، ولكن تبعا لخصائص شكلية معينة، مثلما اذا كان المفحوص قد استخدم الكل أم الاجزاء من البقع فى الاستجابات .

وما إذا كانت الظلال والألوان قد استخدمت - وفى أي ظروف وما إذا كان التداعى قد تضمن حركة كائنات حية.

بينما يعطى المضمون، مثل رؤية صورا إنسانية، حيوانات، أو نباتات، درجة قانونية وفئات الاختبارات فى الاختبار، مثل الحركة واللون تفسر باعتبار أنها تشير لوظائف مختلفة فى الشخصية: الابتكار الدهنى، التنفيث عن الانفعالات، والتفكير العملى أو ما شابه ذلك.

ويعطى تقدير خاص للأسلوب الذى يرتبط به العوامل المختلفة بعضها ببعض فى التعبير عن الشخصية الكلية، أذ إنه قد وجد أن أي قدر من وجود فئة معينة من الدرجات أو غيابها، ويمكن ان يحدث، وعندئذ قد تختلف اختلافا كبيرا تبعا لمعنى الدرجات المصاحبة الأخرى، ومن المعايير التى نتجت من العمل مع مفحوصين فى مجموعات مختلفة معروف خصائصها جيدا: أشخاص اسوياء، عصائيون، ذهانيون يمكن ان تفسر نمط درجات المفحوص باعتباره يمت إلى شخصية أو أخرى، وتلقى النتائج أضواء على

الأنواع المختلفة للذكاء ودرجاته (الذكاء بمعناه الواسع) والنماذج المزاجية المختلفة والميول العصائية والميول الذهانية.

ويلزم للتطبيق السليم لهذه الطريقة مهارة كبيرة، أذ أنه لا توجد كما في كل الوسائل الاسقاطية الرئيسية، اجابات صحيحة أو خاطئة يمكن الرجوع إليها بمفتاح للإجابة يستخدم كأساس لتفسير إلى - وفي نفس الوقت يتبقى ملاحظة أن هناك معايير محدودة لتصحيح ما يكشف عنه اختبار وروشاخ.

ثبات الاختبار:

حسب ثبات الاختبار بوسائل متعددة، وحسب (فورد Ford) ثبات إعادة الاختبار على عينة من الاطفال، وحصل على ارتباطات للمحددات تتراوح بين ٠,٣٨، ٨٦، باعادة الاختبار بعد شهر - وحسب ثبات الصور المتكافئة باستخدام مجموعة أخرى من البطاقات يفترض أنها مكافئة للروشاخ وضعها (هارور وشتاينر Harrower & Steiner) وتستثير نفس الاستجابات التي تستثيرها بطاقات الروشاخ ونفس خصائص التصحيح، وقد اظهرت النتائج أن المجموعتين تؤديان إلى نتائج مشابهة بقدر مرضى يسمح باستخدام هذه المجموعة كبديل أو مكافئ لروشاخ في دراسة الثبات كما استخدم اسلوب التصنيف في دراسات أخرى (البطاقات الفردية في مقابل الزوجية) وترواحت معاملات الارتباط بين ٠,٩٢، ٠,٦٠

صدق الاختبار:

استخدمت وسائل متعددة لتقدير صدق الاختبار تقدير تتضمن الصدق بمحك ارتباط تفسير الأداء بتشخيص مستقل في مقابلات إكلينيكية سيكاثيرية، والاتفاق بين تقارير الروشاخ وملاحظات على مدى طويل لمجموعة من الافراد، والارتباط بين التقارير وتقارير إكلينيكية قبل وبعد العلاج، كما حسب الاتفاق في دراسة سيجل بين تقارير الاختبار والتشخيص السيكاثيرى (٢٦ طفلا ووصل الاتفاق إلى ٦٢٪ قبل العلاج،

٣- اختبار روتر لتكميل الجمل: The Rotter Incomplete Sentences Blank

فى عام ١٩٤٧ نشر روتر وويلومان الاختبار المشهور باختبار روتر لتكميل الجمل وهو تعديل وتحسين فى اختبارات سابقة، وهو اختبار اسقاطى يستخدم جملا ناقصة يتعين على المفحوص أن يقوم باكمالها وفقا للتداعيات التى تثيرها بداية الجملة المقدمة - ويتكون الاختبار من ٤٠ جملة ناقصة يطلب من المفحوص أن يقوم باكمالها معبرا عن مشاعره واحاساساته، ويصحح الاختبار وفقا لسلم من الدرجات من ١ - ٧ وتعدد درجة المفحوص على البند بمدى تعبير بقية الجملة عن توافقه أو عدم توافقه، ويوفر دليل الاختبار نماذج للجمل المختلفة، والتقديرات التى يحصل عليها كل نموذج، وهو ما يوفر محكا موضوعيا إلى حد كبير لتفسير وتصحيح الاجابات، ومجموع درجات المفحوص على بنود الاختبار تعبر عن درجة توافقه.

وبهذا يختلف هذا النوع من الاختبارات عن الرورشاخ - وتفهم الموضوع فى أنه غير مركب المكونات، ولا يحتاج إلى تقدير ذاتى من الباحث سواء لتصنيف الاجابة أو تفسيرها، وأن كانت تنطبق عليه بصفة عامة المشكلات المتعلقة بالاختبارات الاسقاطية من عدم الثقة فى الاسس النظرية التى تقوم عليها جميعا، وعدم اتفائها على الأسس التقليدية لبناء المقاييس الموضوعية، وصعوبة اخضاعها لأسس التقويم السيكومترية الأساسية من صدق وثبات.

ومن أمثلة بنود الاختبار

أ - أحب ب - أسعد الأوقات

وقد أعدت الاستاذة الدكتورة صفاء الاعسر الاختبار للاستخدام فى البيئة المحلية.

وجدت الباحثة معامل ثبات يعادل ٠,٨٣، بطريقة اعادة الاختبار على عينة من ٢٠٠ طالبة على مدى شهرين، ومعامل ثبات للتصحيح الذى قامت به الباحثة ومصحح آخر يعادل ٠,٨٦ .

ب- صدق الاختبار:

قدمت الباحثة ادلة على صدق الاختبار تتمثل فى توزيع قريب من الاعتدال لدرجات العينة، ومعاملات ارتباط الاختبار واختبار بل للتوافق (٠,٧٣)، وكاتل للقلق (٠,٧٩) وفروقا بين متوسط عينة من المترددين على عيادة للأمراض النفسية (م = ١٦٤) ومتوسط عينة التقنين (م = ١٣٣).

وفيما يلي وصف لبعض اختبارات الذكاء المستخدمة فى التشخيص النفسى:

١ - مقياس ستانفورد بينه:

فى عام ١٩٠٤ وضع الفرد بينه وثيرودور سيمون مقياسا للذكاء يهدف إلى التمييز بين الاطفال الاسوياء وضعاف العقول ويشمل هذا المقياس ٣٠ اختباراً متدرجة فى الصعوبة ومرتبّه حسب الاعمار، حتى يستطيع الفاحص أن يحدد مدى تقدم الطفل أو تخلفه عقلياً، وتقيس هذه الاختبارات الثلاثين أربعة قدرات هي:

أ - القدرة على النمو الحركى (مثل اختبارات التأزر البصرى، والفهم عن طريق اللمس والفهم عن طريق البصر أو الرؤية).

ب - القدرة على التفكير المعرفى (مثل اختبارات التعرف على الطعام، والاشارة إلى الاشياء وخاصة اعضاء الجسم).

ج - والقدرة على التذكر (مثل اختبارات تكرار ثلاثة أرقام، وتكرار جملة تتكون من ١٥ كلمة والذاكرة البصرية، ورسوم الاشكال من الذاكرة،

ومدى ذاكرة الارقام Memory Span.

د - والقدرة على التفكير الابتكارى (مثل اختبارات تتطلب من المفحوص اعطاء كلمات ذات قافية واحدة، وبناء جملة تحتوى على ٣ كلمات معينة وطريقة تحديد الوقت بعد أن تحل عقارب الساعة محل بعضها.

وفى عام ١٩٠٨ ظهر مقياس جديد لبنية وسميون يعتمد على المقياس السابق (١٩٠٤) ولكنه يتضمن اساسيات لم يكن يتنبأ بها مقياسهما السابق ألا غامضا، ويمتاز هذا المقياس بتصنيف الاختبارات التى يتكون منها حسب مستويات الاعمار المختلفة ابتداء من سن ٣ سنوات حتى سن ١٣ سنة تبعا للعمر الذى يستطيع الاطفال الاسوياء الوصول إلى اسئلته بنجاح.

ولقد اعتبر المستوى العمرى للاختبار هو ذلك الذى يستطيع ما بين ٥٥% - ٧٥% من الأطفال فى عينة التقنين أن يجيبوا عليه اجابة صحيحة. ويتحدد العمر العقلى للطفل على أساس يساوى العمر الذى يستطيع أن يجتازه، ويجتاز الاعمار السابقة عليه (العمر الأساسى Basel Age) ثم يضاف اليه عام إضافى من العمر العقلى كل ٥ اختبارات من المستويات الاكثر صعوبة.

وفى عام ١٩١١ عدل بينه مقياسه باسمه منفرداً وأعاد ترتيب كثير من الاختبارات وحدد عددها فى كل مستوى عمرى بخمسة اختبارات.

وفى عام ١٩١٦ وضع لويس ترمان بجامعة ستانفورد مقياساً للذكاء سمى باسم (مقياس ستانفورد - بينه) ولقد اعتمد فى وضع هذا المقياس نتيجة الابحاث التى قام بها على مقياس بينه منذ عام ١٩١٠ ولقد نقل الاستاذ اسماعيل القبانى هذه النسخة إلى اللغة العربية وإجرى تعديلات عليها - ويشمل هذا المقياس عدد ٩٠ اختباراً مقسمه إلى ١٢ مجموعة تصلح كل مجموعة لسن معينة من الثالثة إلى الرشد.

وفى عام ١٩٣٧، قام كل من ترمان وميريل بتنقيح المقياس الذى وضع عام ١٩١٦ وتكون المقياس الجديد من ١٢٩ اختباراً تبدأ من سن الثانية وزادت دقة تعليمات المقياس ومعايره وقطن على نحو اشمل، وعلى

عينة كبيرة أدق تمثيلاً، وقلت نسبة الاختبارات اللفظية في الأعمار الصغرى، حيث استخدمت النماذج المصغرة والمكعبات الملونة، وقد نقل الدكتور محمد عبد السلام، والدكتور لويس كامل ملكية مقياس عام ١٩٣٧ إلى العربية.

وفي عام ١٩٦٠ قام ترمان بتنقيح المقياس الذي وضع عام ١٩٣٧ فحذف بعض الاختبارات التي لم تعد صالحة بسبب التغيرات الثقافية وخمسة اختبارات أفضل وقتن بدقة فائقة ووضع في صيغة واحد (ل - م).
ثبات المقياس:

أجريت دراسات متعددة على الثبات على طبعة ١٩٣٧ من المقياس وذلك باستخدام الصور المتكافئة Equivalent Forms على فترات زمنية مقدراها اسبوع، وقد لوحظ أن المقياس يميل إلى أن يكون أكثر ثباتاً في الأعمار الكبيرة منه في الأعمار الصغيرة وفي مستويات نسب الذكاء الدنيا عنه في الذكاء العليا.

أ - ثبات العمر بالسنوات	درجة ثبات المقياس
٥ ١/٢ - ٢ ١/٢	٠,٨٣ - ٠,٩١
١٣ - ٦	٠,٩٧ - ٠,٩١
١٨ - ١٤	٠,٩٨ - ٠,٩٥
ب - نسبة الذكاء	
١٤٩ - ١٤٠	٠,٨٣
٦٩ - ٦٠	٠,٩١

صدق المقياس

يرتبط هذا المقياس ارتباطاً عالياً بالأداء في جميع المواد الدراسية الأكاديمية تقريباً، إلا أن ارتباطه أعلى ما يكون بالمقررات اللغوية (اللغات والمواد الاجتماعية) ولقد وجدت معاملات الارتباط التالية بين نسب الذكاء

التي استخدمت الصيغة (ل) في تقنينها وبين درجات التحصيل في المدرسة الثانوية.

المواد الدراسية	درجة الارتباط مع الذكاء
- القراءة مع الفهم	٠,٧٣
- سرعة القراءة	٠,٤٣
- استخدام اللغة	٠,٥٩
- التاريخ	٠,٥٩
- الاحياء	٠,٥٤

كما أثبتت بعض البحوث أن معاملات الارتباط تميل إلى التناقص مع ارتفاع السلم التعليمي، وذلك بسبب عوامل الانتقاء، وعدم ملائمة كثير من مفردات الاختبار مما يؤدي إلى نقصان التباين بين المفحوصين. فلقد وجدان الارتباط بين نسب الذكاء كما بينهما المقياس وبين الدرجات في المدرسة الابتدائية حوالي ٠,٧، وبينما وبين الدرجات في المدرسة الثانوية ٠,٦، وبين الدرجات في الجامعة ٠,٥، ويعتبر هذا المقياس مقياساً للاستعداد المدرسي أو الأكاديمي العام المشبع إلى حد كبير بالمحتوى اللفظي، وبخاصة في اختبارات المستويات العربية العليا.

تطبيق المقياس

يتطلب استخدام هذا المقياس فاحصاً على درجة كبيرة من المهارة والتدريب والفئة كبيرة بالمقياس وخبرة كاملة في التطبيق حيث أن إعطاء الاختبار وتصحيحه على درجة كبيرة من التعقيد والصعوبة، وإن أدنى تغير في صياغة الأسئلة قد يؤدي إلى تغير في مستوى صعوبتها، كما أن هذا المقياس يعتبر نوع من المقابلة الإكلينيكية لأنه يعطي فرصة كبيرة للتفاعل Interac- tion بين الفاحص والمفحوص، ويساعد الفاحص على أن يلاحظ الطرق التي يلجأ إليها المفحوص أثناء الإجابة على مفردات المقياس ومستوى نشاطه ومدى ثقته بنفسه ومثابرته وقدرته على التركيز.

والوقت المحدد لاعطاء جميع مفردات المقياس هو ٤٠ دقيقة للأطفال وحوالى ساعة ونصف للراشدين - ويتطلب تطبيق هذا المقياس أن نبدأ أولاً من مستوى ادنى قليلا من العمر العقلى المتوقع للمفحوص، وإذا فشل فى أي اختبار من اختبارات المستوى الذى نبدأ منه يعطى اختبارات المستوى الادنى منه، وهكذا يستمر الفاحص حتى يصل إلى المستوى الذى يستطيع المفحوص أن يجيب على جميع أسئلته، ويصبح هذا المستوى هو (العمر القاعدى) ثم يعطى الاختبارات العليا، حتى يصل إلى المستوى الذى يفشل المفحوص فى الاجابة على جميع اسئلته وهذا ما يسمى (بالحد الأعلى للعمر Ceiling Age) وحتى يصل الفاحص إلى هذا المستوى يتوقف عن إعطاء المقياس.

تصحيح المقياس:

تصحح جميع اسئلة (اختبارات) المقياس على اساس الصح أو الخطأ وتعطى للإجابة الصحيحة درجة واحدة، وللإجابة الخاطئة صفر، وتحدد كراسة التعليمات الأداء المطلوب للنجاح فى كل سؤال... وقد تظهر نفس الاسئلة فى مستويات عمرية مختلفة ولكنها تصحح بمستويات مختلفة للنجاح وتطبق الاختبارات مرة واحدة، ثم يحدد أداء المفحوص المستوى العمرى للأسئلة التى ينجح فيها المفحوص أو يفشل تظهر مقدراً من التشتت فى المستويات العمرية والمتابعة، فالمفحوص عادة لا يجيب على جميع اسئلة عمره العقلى، أو أدنى منه، ويفشل تماماً فى جميع الاختبارات الاعلى من هذا المستوى، وإنما نجد أن الاختبارات التى ينجح فيها تنتشر فى مستويات عمرية عديدة يحددها العمر القاعدى من ناحية، والحد الاعلى للعمر من ناحية أخرى وعلى هذا التقدير درجة الطفل أنما تكون على أساس عمره القاعدى الذى اجتاز عنده جميع الاختبارات بالاضافة إلى ما يستحقه عن الاختبارات التى نجح فى مستويات اعلى مثال ذلك:

اجتاز الطفل جميع الاختبارات فى مستوى سن ٥

إذا يكون عمره القاعدى = ٦٠ شهر

ثم اجتاز ٣ اختبارات فى مستوى سن ٦ = ٦٠ شهر

اجتاز الطفل اختبارا واحدا فى مستوى سن ٧ = ٢ شهرين

واخفق الطفل فى جميع الاختبارات عند مستوى سن ٨ = صفر

إذا العمر العقلى لهذا الطفل = ٦٨ شهر

ولما كان العمر الزمنى للطفل = ٦٠ شهر

$$\text{نسبة ذكائه} = \frac{\text{العمر العقلى}}{\text{العمر الزمنى}} = 100 \times \frac{68}{60} = 100 \times 1.13,3 = 113,3$$

أوجد النقص فى المقياس

١ - المقياس معد فى جوهره للأطفال وتلاميذ المدارس ومن ثم يستخدم مع المراهقين والراشدين عن طريق اضافة بعض الاسئلة الاكثر صعوبة من نفس النوع.

٢ - محتوى الاختبارات المتضمنة فى هذا المقياس لا تثير اهتمام الراشدين، أي ينقصها الصدق الظاهرى ومن ثم يصعب تكوين علاقة طيبة بين الفاحص والمفحوص الراشد.

٣ - يؤكد هذا المقياس عامل السرعة فى معظم الاختبارات الامر الذى قد يقلل من مستوى الأداء الحقيقى للفرد.

٤ - الاهتمام الكبير بالنواحي اللفظية، فمعظم الاختبارات المتضمنة فى هذا المقياس مشبعة بالقدرات اللفظية، فهي تتطلب من المفحوص سهولة استخدام الكلمات وفهمها.

٥ - عينات تقنين هذا المقياس لم تتضمن الا قليلا من الراشدين.

٦ - ولو أن هذا المقياس يعتبر من أنسب المقاييس لقياس القدرة العامة المشتركة فى الاعمال المدرسية، إلا أنه لا يصلح فى نفس الوقت لقياس القدرة على الاستبصار والاصالة وتنظيم الافكار.

٧ - يتأثر أداء الشخص فى هذا المقياس بشخصيته، وكثير من عاداته الانفعالية مثل الخجل من الغرباء، ونقص الثقة فى الذات، وعدم الميل إلى الاعمال ذات الطابع المدرسى والخوف من الوقوع فى الخطأ.

استخدام المقياس فى التشخيص

أن الاطفال ذوى العقلية الواحدة ليسوا بطبيعة الحال متشابهين فى النمو العقلى - وهذا يظهر فى أن كلا منهم ينجح فى عناصر مختلفة من الاختبار، ويلقى هذا المقياس ضوءاً على الفروق الفردية أكثر مما تستطيع الدرجة الواحدة أن تزودنا به.

والاخصائي فى تطبيقه يدرس هذه الفروق دائماً بقصد أن يتبين ما إذا كانت جميع جوانب القدرة قد نمت نمواً متساوياً، ولكن المقياس بوجه عام أخفق فى أن يزودنا بتقديرات تشخيصية لهذه النواحي لأنه قد صمم بحيث يزودنا بتقدير يدل على القدرة العامة.

ونحن لا نستطيع أن نتبع بدقة نمو الطفل فى الاسترجاع البسيط مثلاً، لأن العناصر الخاصة بتذكر الارقام وغيرها مما يشبهها ليست موزعة توزيعاً اعتدالياً مطرداً فى جميع مستويات الصعوبة ولا نستطيع حتى فى مقياس السنة الواحدة أن تناقض مواطن قوة الطفل، ومواطن ضعفه بثقة لأن العناصر المتجمعة معاً ليست بنفس الصعوبة، وعلى الرغم من ذلك فإن الاكلينكى ما لم يدرس أنماط الأداء التفصيلى فى الاختبار قد تغيب عنه علامات تشخيصه قيمه، فيمكن ملاحظة العجز غير العادى فى العناصر اللفظية أو المعلومات أو المهارة الحسابية أو فى الاستدلال، وحتى لو ظهرت هذه العلامات فى عنصرين اثنين فى الاختبار كله فإنها قد توجهنا لدراسة هذه الناحية فى الطفل.

ويتيح الاختبار للاخصائي فرصة طيبة ليرى الطفل وهو يعمل فيرى أسلوب عمله ويلاحظ المنفذ الذي يلجأ إلى المحاولة والخطأ للتوصل الي حل لا يستند إلى التفكير أو يلاحظ طفلاً يمتنع عن محاولة الاجابة عن عنصر يتطلب استقراءً أو خيالاً لأنه لا يستطيع التأكد من صحة اجابته. ويمكن التمييز بين طفل ينجح بسبب خبراته التعليمية فيجيب بصحة عن عناصر مثل العد حتى الرقم ١٣ أو يعرف ترتيب أيام الاسبوع، وطفل آخر أكثر ذكاءً يستطيع أن يحكى قصة متماسكة عن صورة تعرض عليه، وأن يحدد اليوم السابق على يوم الثلاثاء من أيام الاسبوع. وثمة فروق كبيرة في الطرق التي يخفق بها الاطفال، والتي يستجيبون بها للإخفاق، ولقد يخفق بعضهم بعدم الاجابة حتى بالنسبة لأسئلة لا يجهلونّها وقد يعرف البعض متى تكون اجابتهم غير صحيحة بينما يظهر على بعضهم عدم الرضا، ويدركون أنهم يواجهون صعوبة معينة.

ويرى الإكلينيكيون أن الاختبار بوجه عام يوجه الانتباه الى بعض انحرافات ممكنة فالقصاميون يستجيبون استجابات متميزة، فهم بمقارنتهم بالاسوياء يتفوقون في المفردات وفي الكلمات المجردة والجمل المجزاه، ولكنهم يجدون صعوبة أكثر في عمل (العقد) وفي السخافات المصورة وفي تذكر الرسوم والقصص. ولما كان كثير من الاسوياء يظهرن مثل هذه الصعوبات فإنه لا يمكن الاعتماد إلى حد كبير على أنماط النجاح والإخفاق في مثل هذه العناصر الخاصة باعتبارها دليلاً مطلقاً على وجود الذهان ولكن هذه دلالة يمكن أن تفيد كنقطة بداية يتبعها استقصاء دقيق.

والاخصائي الذي لديه خبرة كافية في تطبيق بينه يتفوق على الكلينيكى الذى يقوم بمقابله شخصيه، لانه يستطيع ملاحظة الطفل في موقف مقنن، ويستطيع مقارنه ما يعمل به سلوك الاطفال الآخرين، وما يزيد من قيمة الاختبار التشخيصية أن الطفل لا ينظر إليه باعتباره موقفا يكشف عن أنفعالاته وعاداته في العمل.

٢ - مقياس وكسلر للذكاء الراشدين WAIS

فى عام ١٩٣٩ وضع (دافيد وكسلر David wechsler مقياسا فرديا لقياس ذكاء الكبار عرف بمقياس (وكسلر - بلفيو) وتم تقنينه على أفراد تتراوح أعمارهم بين ١٠ سنوات و ٧٠ سنة ويتميز عن مقياس (ستانفورد - بينه - بما يأتى)

١ - أن مفرداته أكثر ملائمة للكبار.

٢ - أستغنى فيه عن مستويات العمر - وقسم المقياس الى اختبارات فرعية.

٣ - تقرر نسبة الذكاء من الدرجة التى يحصل عليها الشخص فى الاختبار مباشرة بدون الحاجة إلى العمر الفعلى.

٤ - يبين نوعين من نسب الذكاء يعتمد أحدهما على الناحية اللفظية، بينما يعتمد الآخر على الأداء (أو الناحية غير اللفظية).

وقد بنى مقياس (وكسلر - بلفيو Wechsler Bellevue على مفهوم غير واضح للذكاء العام، فعرف وكسلر الذكاء بأنه قدرة الفرد العامة على العمل الهادف وعلى التفكير المنطقى، وكذلك على التفاعل مع البيئة بفاعلية ونشاط، واعتقد وكسلر بعد ذلك (١٩٤٤) بوجود عامل عام تستند إليه الوظائف العقلية، وذكر رأى سيبرمان كتدعيم لاعتقاده هذا. وأتقى وكسلر مادة اختباره الاثنى عشر - وطبقها على ما يزيد على ألف شخص ثم استبعدا أحداها وهو الخاص بتحليل المكعبات لما وجد من صعوبة فى شرحه للمختبرين ووجد أن الاحد عشر اختبارا الباقية يمكن إجراؤها عمليا وأن مستوى صعوبتها معقول. ويمكن أن نعرض وصفا موجزا لهذه الاختبارات فيما يأتى:

أولاً: المقياس اللفظي ويتضمن

١ - اختبار المعلومات العامة General Infomation

ويشمل هذا الاختبار (٢٥ مسؤالا) عن المعلومات العامة التى يفترض شيوعها فى ثقافة الراشدين، وذلك بغض النظر عن الناحية الدراسية أو تقدير

أي فرع خاص من فروع المعرفة، ومن أمثلة عناصر هذا القسم: ما هو الترمومتر؟ وكم أسبوعاً في السنة؟ والنهاية العظمى لهذا الاختبار ٢٥ درجة وهي تساوى مجموع الاجابات الصحيحة حسب مفتاح التصحيح المبين في كراسة التعليمات.

٢ - اختبار الفهم العام General Comberhension

ويشمل هذا الاختبار على ١٠ اسئلة (مفردات) لقياس قدرة الفرد على الحكم العملى - والفهم العام بالنسبة لمراعاة بعض الاصول الاجتماعية، وحل بعض المشكلات فى الحياة الاجتماعية اليومية ومن أمثلة عناصر هذا القسم:

لماذا يدفع الناس الضرائب؟ لماذا تصنع الاحذية من الجلد؟

والنهاية العظمى لهذا الاختبار ٢٠ درجة وتعطى كل اجابة درجتان أو درجة واحدة - أو صفر حسب درجة التعميم فى الاجابة ونوعها.

٣ - اختبار الاستدلال الحسابى Arethmatical Reasoning

يشمل هذا الاختبار ١٠ مسائل حسابية من النوع الذى يواجهه التلميذ فى المدرسة الابتدائية وتعطى كل مسألة شفوياً ويحلها المفحوص شفوياً بدون استخدام الورقة والقلم، أى تعطى الدرجة للفرد على أساس سرعة الاستجابة وصحتها ومن أمثلة هذه المسائل اذا اشترى رجل طوابع بريد بثمانية قروش ودفع للبائع ورقة بخمسة وعشرين قرشاً، فكم قرشاً يبقى له عند البائع؟

ويلاحظ أن لكل مسألة زمن محدد ويحسب بعد انتهاء المفحوص من قراءة المسألة، والنهاية العظمى لهذا الاختبار (١٤ درجة) تعطى درجة واحدة لكل مسألة تحل حلاً صحيحاً. فى الوقت المحدد لها، وتعطى درجة اضافية للزمن فى المسألتين ٩، ١٠. ا. حلت كل منهما فى حدود ٤٠ ثانية وتعطى درجتان اضافيتين اذا حلت المسألة فى حدود ١٥ ثانية.

٤ - اختبار التشابهات Similarities

ويشمل هذا الاختبار ١٢ زوجا من اشياء مختلفة، ويطلب من المفحوص أن يحدد بالنسبة لكل زوج على حدة كيف يتشابهان، ويشبه هذا بعض ما يوجد في اختبار ستانفورد بينه من عناصر، مثال: فى أي التواحي تشابه البرتقالة الموزة؟

والنهاية العظمى لهذا الاختبار ٢٤ درجة وتعطى كل اجابة درجتان أو درجة واحدة أو صفر حسب التقييم فى الإجابة ونوعها.

٥ - اختبار اعادة الارقام Digit Span

فى الجزء الاول من هذا الاختبار تعرض على المفحوص قوائم تتكون من ثلاثة ارقام الى تسعة ارقام عليه اعادتها شفويا وفى الجزء الثانى من الاختبار يطلب من المفحوص أن يعيد مجموعة من الارقام وضع معكوس.

والنهاية العظمى لهذا الاختبار ١٧ درجة وهى تساوى مجموع الاجابات الصحيحة حسب مفتاح التصحيح المبين فى كراسة التعليمات.

٦ - اختبارات المفردات Vocabulary

يتكون هذا الاختبار من عدد ٤٢ كلمة متزايدة فى الصعوبة تعرض على المفحوص شفويا وبصريا، ويطلب منه تحديد معنى كل كلمة من هذه الكلمات مثل ما معنى برتقالة؟ والنهاية لعظمى لهذا الاختبار ٤٢ درجة وتعطى كل اجابات درجة واحدة أو نصف درجة أو صفر، وذلك حسب مفتاح التصحيح المبين فى كراسة التعليمات.

ثانياً: المقياس غير اللفظى ويتضمن:

أ - اختبار تكميل الصور Picture Completion

يعرض على المفحوص عدد ١٥ بطاقة كل منها يحتوى على صورة ناقصة ويكون على المفحوص أن يذكر الجزء الناقص من كل صورة ويشبه ذلك إلى حد كبير بعض المواد التى نجدتها فى اختبار ستانفورد بينه.

والدرجة العظمى لهذا الاختبار ١٥ وهى تساوى مجموعة الاجابات الصحيحة وذلك حسب مفتاح التصحيح المبين فى كراسة تعليمات المقياس.

٢ - اختبار رموز الأرقام Digit Symbol

وهو اختبار للتعرض الشفوى ويعطى مفتاح الشفرة الذى يتكون من ٩ رموز تزاوج الأرقام التسعة للمفحوص، وعليه أن يحدد الرمز الصحيح الذى يقابل كل رقم ويضع الرمز فى الأماكن الخالية من المربعات المقابلة للأرقام. ويدخل فى حساب درجة المفحوص لهذا الاختبار عنصرى السرعة والدقة.

والدرجة العظمى لهذا الاختبار ٦٧ وهى تساوى مجموع الاجابات الصحيحة حسب المفتاح المبين فى كراسة التعليمات.

٣ - اختبار رسوم المكعبات Block Design

يعرض على المفحوص صندوق به عدد (١٦) مكعباً أوجهها مطلية بألوان مختلفة هى الأبيض والأحمر والأصفر والأزرق، ويقدم للمفحوص عدد (٩) بطاقات على كل منها رسم مختلف ويطلب منه إنتاج رسوم بالمكعبات على النحو الذى تحدده البطاقات ذات المستويات المتزايدة فى التعقد. ويراعى فى التصحيح أن تشمل الدرجة سرعة الشخص ودقته والزمن الأقصى طبقاً لجدول معين وتعطى درجات إضافية فى حالة إتمام الرسم فى زمن أقل من ٥ والدرجة الكلية لهذا الاختبار هى (٤٢).

٤ - اختبار ترتيب الصور: Picture Arrangement

يتكون هذا الاختبار من ٦ مجموعات من البطاقات المصورة - تمثل كل مجموعة على حدة قصة مفهومة وتعرض كل مجموعة على المفحوص بطريقة غير مرتبة ويطلب منه ترتيبها بالتتابع الصحيح بحيث تعطى كل مجموعة قصة مفهومة.

وطريقة تصحيح هذا الاختبار كالاتى: المجموعات الثلاثة الأولى تعطى الدرجة على أساس صواب أو خطأ أما المجموعات الثلاثة الأخيرة فتعطى درجات جزئية على كل ترتيب يمكن قبوله بالرغم من أنه لا يطابق الترتيب الصحيح. أما بالنسبة للمجموعتين الأخيرتين، تعطى درجات إضافية على الترتيب الصحيح إذا تم فى زمن معين، والنهاية العظمى لهذا الاختبار (٢١ درجة) وهى تساوى مجموعة التقديرات الجزئية فى المجموعات المختلفة.

٥. اختبار تجميع الأشياء : Object Assembly

يتكون هذا الاختبار من نماذج من الخشب لثلاثة أشياء هى: العين والوجه واليد - قطعت كل منها إلى قطع مختلفة، ويطلب من المفحوص فى كل منها جمع القطع بحيث تكون الشكل الكامل. ويصحح شكل العين حسب الدقة فقط ويصحح الشكلان الآخران (الوجه واليد) حسب الدقة والزمن معاً طبقاً للتعليمات الخاصة بالتصحيح فى كراسة التعليمات.

وهذا المقياس سهل فى تطبيقه عن مقياس ستانفورد بينه، وفى هذا المقياس تحول الدرجات الخام من كل اختبار على حدة إلى درجات موزونة وهى نوع من الدرجات المعيارية متوسطها ١٠، وانحرافها المعيارى ٣ بواسطة جداول تحويل يوفرها دليل الاختبار، والهدف من هذه الخطوة هو توحيد مقام درجات جميع الاختبارات الفرعية بحيث يمكن المقارنة بينها، وتجمع الدرجات الموزونة لكل الاختبارات اللفظية على حدة والاختبارات الأدائية على حدة، وتستخرج نسبة ذكاء لفظى من الجداول الملحقه بدليل الاختبار، وكذلك نسبة ذكاء أدائي، وهى عبارة عن نسبة ذكاء انحرافية متوسطها ١٠٠ وانحرافها المعيارى، ١٥، وتحسب نسبة الذكاء الكلية بجمع الدرجات الموزونة: اللفظية والأدائية معاً وتستخرج لها نسبة ذكاء انحرافية على الاختبار كله من جدول مستقل.

معنى ذلك أننا نحصل على ثلاث نسب للذكاء من جدول المعايير:

Verbal I.Q.	نسبة ذكاء خاصة بالناحية اللفظية
Performance I.Q.	نسبة ذكاء خاصة بالناحية الأدائية
Full Scale I.Q.	ونسبة ذكاء كلية ناجمة عن جمع الاختبارات الإحدى عشر مجتمعة.

ولاشك أن نسب الذكاء هذه لها أهمية تشخيصية في حالة الأفراد الذين يعانون صعوبات لفظية أو أكاديمية أو ثقافية.

ويمكن استخدام بعض المقاييس الفرعية وليس جميعها في حالة الحاجة لاستخدام مقياس مختصر ويتعين في هذه الحالة انتخاب المقاييس الفرعية المرتفعة الثبات، وينطبق هذا في حالتى المقاييس اللفظية والأدائية على حد سواء.

تحليل لمقياس وكسلر - بلفيو:

أصبح من الواضح عند فحص الاختبارات التى شملها مقياس وكسلر أن جزءاً كبيراً من مادتها يشبه الاختبارات الأخرى، وخاصة مقياس ستانفورد بينه وبينت الدراسات التى أجريت على فئات غير منتقاة من المراهقين والراشدين ارتباطاً مقداره ١,٨٠ وأعلى من ذلك بين مقياس وكسلر بلفيو - ومقياس ستانفورد بينه، والتشابه بين المقياسين لا ينقص من قيمة الغرض الذى وضع من أجله مقياس وكسلر - بلفيو - وهو انتقاء عدد من العناصر أكثر صلاحية لقياس ذكاء الكبار، ولم يكن الفرض الأساسى هو ابتكار مجموعة جديدة تماماً من مواد الاختبار.

ولقد قام أحد علماء النفس بالتحليل العاملى للاختبارات الأحد عشر التى تضمنها مقياس وكسلر - بلفيو، مستخدماً عينة من تلاميذ الصف الثامن (السنة الثانية من المرحلة الإعدادية) عددها ٢٠٢ تلميذاً، فوجد عدداً من العوامل فى الاختبارات مثل عوامل الفهم اللفظى والمعلومات الميكانيكية وسعة الإدراك والتفكير العام، والذاكرة والتنظيم الإدراكى .

أما الاختبارات غير اللفظية فإنها تميل إلى أن تكون أقل ثباتاً من الاختبارات اللفظية ومعاملات الارتباط بينها منخفضة وتقل عن الاختبارات اللفظية في كفاءتها في التنبؤ (وخاصة بدرجات المدرسة).
(أ) ثبات المقياس:

استخدمت طريقة التجزئة النصفية في حساب ثبات كل اختبار فرعى فيما عدا اختبارى رموز الأرقام - وإعادة الأرقام حيث استخدمت معهما طريقة الصور المتكاثرة. وفيما يلي درجة ثبات المقياس:

نوع المقياس	معامل الثبات
المقياس اللفظي	٠,٩٦
المقياس العملى	٠,٩٤
المقياس الكلى	٠,٩٧

(ب) صدق المقياس:

- صدق المحتوى: ثبت أن جميع الاختبارات الأحد عشر المتضمنة في هذا المقياس تتفق مع تعريف الذكاء.
- الصدق التلازمي: تمت المقارنة بين المجموعات التعليمية والمهنية المختلفة، وحسب معاملات الارتباط مع تقديرات الأداء على العمل، والتقديرات المدرسية وكانت أغلب النتائج فى الاتجاه المتوقع وهما:
(درجات العمال أعلى فى الاختبارات العملية، ودرجات الأفراد فى المهن غير العمالية أعلى فى الاختبارات اللفظية)
- الصدق التنبؤي: ثبت أن المقياس يتنبأ بدرجة مقبولة بالضعف العقلى.

تحليل البروفيل:

من الممارسات الإكلينيكية الشائعة استخدام الاختبارات الفرعية لهذا المقياس لاستخلاص البروفيل وتحليله، وذلك للكشف عن الاضطرابات

الإكلينيكية المختلفة، ويقوم هذا التحليل على مسلمة هي أن الأنماط المختلفة من الأمراض تكشف عن نفسها في أنماط متباينة من التقديرات، وقد افترض وكسلر على سبيل المثال أن التشكيلات التالية - في تقديرات الاختبارات الفرعية للمقياس تميز المصاب بالشيزوفرنيا، فالدرجة التي يحصل عليها الفرد في تجميع الأشياء مختلفة إلى حد كبير عن درجته في الاختبار الخاص بتصميم المكعبات، أن يكون التقدير منخفضاً جداً في التشابهات مع تقدير مرتفع في المفردات والمعلومات، مجموع الدرجات في ترتيب الصور بالإضافة إلى الفهم أقل من مجموع الدرجات في المعلومات مضافاً إليها درجة تصميم المكعبات، وقد افترضت أنماط من البروفيلات الأخرى خاصة بحالات الإصابة في المخ. وغيرها من الاضطرابات الإكلينيكية.

وتحليل البروفيل المتبع في هذا المقياس غير مسوغ، وذلك لأن ثبات الاختبارات الفرعية للمقياس غير كاف، ومعاملات الارتباط بينها تتراوح بين متوسطة ومرتفعة، وتدل الدراسات المتصلة بهذا الموضوع على أن تحليل البروفيل قد أدى إلى نتائج مساوية في جوهرها وينبغي أن تقوم الدراسات الخاصة بالعلاقات بين بروفيلات المقياس والصفات الإنسانية الأخرى على نتائج بطاريات اختبارات جيدة التقنين، متعددة العوامل لا على اختبارات فرعية في مقياس ذكاء عام.

ومن ناحية كفاءة مقياس (وكسلر - بلفيو) في التنبؤ، بينت بعض الدراسات معاملات ارتباط تتراوح بين ٠,٤٠ و ٠,٥٠ أو تزيد عن ذلك المدى بقليل بين نسبة الذكاء الكلية التي يعينها المقياس، والدرجات التي يحصل عليها الطلاب في الجامعة وكان معامل الارتباط بين نسبة الذكاء التي يحصل عليها من الاختبارات اللفظية وبين الدرجات في الجامعة أعلى من معامل الارتباط بين نسبة الذكاء الكلية وتلك الدرجات وثبت أن المقياس غير اللفظي ضعيف في التنبؤ بدرجات الطلاب في السنة الأولى بالجامعة.

وقد أعد هذا الاختبار ليناسب البيئة العربية الدكتور محمد عماد الدين والدكتور لويس كامل مليكة وقاما بإعداد نماذج التصحيح وجداول الدرجات الموزونة - وجداول نسبة الذكاء للراشدين والمراهقين.

مقياس وكسلر للكبار (WAIS):

فى عام ١٩٥٥ نشر (وكسلر) مقياسه الذى تمت مراجعته وتلافى فيه عيوب مقياس (وكسلر بلفيد) واستبدلت فيه بعض المفردات بمفردات جديدة مناسبة ، وتمت مراجعة التعليمات الخاصة بتطبيقه وتصحيحه وكانت معايير هذا المقياس أكثر تمثلاً لسكان الولايات المتحدة الأمريكية، فشملت العينة التى تم عليها تقنين المقياس ١٧٠٠ شخصاً فى ٢٤ منطقة موزعة فى مختلف الولايات.

مقياس وكسلر للأطفال (WISC):

وضع وكسلر مقياساً يختبر ذكاء الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٥ سنوات و ١٥ سنة، ويشمل اختبارات تشبه إلى حد بعيد الاختبارات التى يتضمنها مقياس وكسلر بلفيو، ولذلك تضمن الاختبار نفس الاختبارات الفرعية فى الوكسلر مع إضافة اختبار أدائي جديد لتصبح الاختبارات الأدائية ستة اختبارات وهو اختبار المتاهات وحذف الاختبار من المجموعة الأساسية للبطارية فيما بعد، وأصبح مع اختبار مدى الأرقام اختبارين احتياطين نظراً لانخفاض الثبات أو زيادة وقت التطبيق. وقد قنن الاختبار على عينة تبلغ ٢٢٠٠ طفل من سن ٥ إلى ١٥ سنة، ٢٠٠ طفل من كل سنة ذكوراً وإناثاً بالتساوى بالإضافة إلى ٥٥ طفلاً من المتخلفين عقلياً.

وللاختبار ارتباط مرتفع مع الوكسلر بلفيد - والمصفوفات الملونة، وإن كان يلاحظ أن ارتباط الصورة المختصرة مع الدرجة على الاختبار كاملاً أقل من نظيرها فى وكسلر للراشدين.

وقد نشر تعديل آخر لاختبار وكسلر لذكاء الأطفال فى سنة ١٩٧٤ باسم Wisc ويحتوى على نفس الـ ١٢ اختباراً فرعياً، وهناك اختلاف فى

طريقة تطبيق Wisc R. خلاف المتبع في الوكسلر لذكاء الراشدين والوكسلر للأطفال - تطبيق المقاييس الأدائية واللفظية والتبادل وقد تضمن التعديل الجديد عدة تعديلات في مضمون البنود بهدف زيادة تشويقها للأطفال مع حذف البنود ذات المضمون الأقرب للراشدين.

وتختلف طريقة حساب نسبة الذكاء على الاختبار اختلافاً محدداً عن المتبع في اختبار الراشدين حيث تحول الدرجة لكل اختبار فرعى إلى درجة موزونة خاصة بالمرحلة العمرية للطفل ويوفر دليل الاختبار جداول تحويل بفارق زمني ٤ شهور بين كل جدول وآخر من سن ٦ إلى سن ١٦ سنة، و ١١ شهراً، ثم تجمع الدرجات الموزونة الأدائية على حدة واللفظية على حدة ثم تحول إلى نسبة ذكاء بمتوسط ١٠٠ وانحراف معيارى ١٥.

ونظراً لوجود صيغة واحدة فقط لهذا الاختبار استخدمت طريقة التجزئة النصفية لتقدير ثباته، وعينت معاملات الثبات على سن ٧،٥، و ١٠،٥، و ١٣،٥ فكانت هذه المعاملات هي ٩٢، ٩٥، ٩٤، على الترتيب، كما كانت معاملات الثبات للمقياس اللفظي عند هذه المستويات الثلاثة على التوالي هي ٨٨، ٩٦، ٩٦، وبينت معظم البحوث معاملات ارتباط بين مقياس ستانفورد - بينه، ومقياس وكسلر الخاص بالأطفال تتراوح قيمتها بين ٦٠، ٩٠، ١٠، تتجاوز هذا المدى بقليل، ونجد أن معاملات الارتباط بين مقياس ستانفورد بينه، والمقياس غير اللفظي تقل عن معاملات الارتباط بينه وبين المقياس اللفظي، وإذا أدخلنا في اعتبارنا نوع المواد المستخدمة في مقياس وكسلر للأطفال وثباته وارتباطه مع غيره من الاختبارات فإننا نتوقع أن تكون كفاءته في التنبؤ بدرجات الأطفال في المدرسة معادلة لكفاءة مقياس ستانفورد بينه.

ولا تتوفر دراسات صدق لاختبار الوكسلر المعدل للأطفال Wisc R. وإن كان فحص معايير الأداء في الدراسات المنجزة يوضح التمايز في الذكاء نتيجة للعمر وهو ما يدخل هذه البيانات في إطار صدق التكوين، ولأن

التعديلات التي أدخلت في تعديل ٧٤ لم يغير من طبيعة الاختبار فيمكن بالتالي قبول مؤشرات الصديق التي قدمت للوكسلر لذكاء الأطفال... وأهمها الارتباط بين الدرجات على الاختبار والتحصيل المدرسي والتي تتراوح بين ٥٠، ٦٠، كما يشير دليل الاختبار المعدل إلى ارتباطات بين الاختبار وبين استانفورد - بينه ١٩٧٢ لمجموعات عمرية غير متجانسة تبلغ ٧٣، مع درجة الذكاء الكلية، ٧١، للذكاء اللفظي، ٦٠، للذكاء الأدائي وأعلى ارتباط بين الاختبارات الفرعية وستانفورد بينه كان للمفردات أما أقلها فكان لاختبار الترميز وهو ما يعد محكاً تلازمياً للصديق.

وتشير أنستازى إلى عدد مقنن التحليلات العاملة التي أجريت على الوكسلر لذكاء الأطفال، وصورته المعدلة سنة ١٩٧٤ والتي ظهر منها وجود نفس العوامل التي يقيسها الوكسلر لذكاء الراشدين مما يدل على أن الاختبار يقيس نفس العوامل، وهو دليل آخر على صدق التكوين.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

- ١ - إسماعيل (محمد عماد الدين)، الشخصية والعلاج النفسي، القاهرة، النهضة المصرية، ١٩٥٩.
- ٢ - أناستازى، فولى (جون)، سيكولوجية الفروق بين الأفراد والجماعات. ترجمة لجنة بإشراف أ. د. مصطفى سويف، القاهرة، الشركة العربية للطباعة والنشر، ج١، ١٩٥٩.
- ٣ - إيزنك (هـ.ج)، الحقيقة والوهم فى علم النفس، ترجمة قدرى حفى ورؤوف نظمى. القاهرة، دار المعارف، ١٩٦٩.
- ٤ - ارينى، سيلفانوا، الفصامى : كيف نفهمه ونساعده، دليل للأسرة والأصدقاء، الكويت، ترجمة د. عاطف أحمد، عالم المعرفة، عدد ١٥٦، ١٩٩١.
- ٥ - بولبى (جون)، الصحة النفسية ودور الأم فى نموها، ج١، ترجمة منير راغب.
- ٦ - _____، رعاية الطفل وتطور الحب، ترجمة د. السيد محمد خيرى، القاهرة، دار المعارف.
- ٧ - جرجس (صبرى)، الجريمة السيکوباتية بين الطب العقلى والقانون، مجلة علم النفس، مجلد (٤)، عدد (٢)، أكتوبر ١٩٤٨.
- ٨ - _____، مشكلة السلوك السيکوباتى، القاهرة، دار المعارف، ١٩٥٦.
- ٩ - _____، الطب النفسى فى الحياة العامة، القاهرة، دار النهضة العربية، ١٩٦٠.
- ١٠ - جيلفورد ج. ب، ميادين علم النفس النظرية والتطبيقية، المجلد الأول، القاهرة، دار المعارف.

- ١١ - جلال (سعد)، المرجع في علم النفس، القاهرة، دار المعارف، ١٩٦٨.
- ١٢ - _____، في الصحة العقلية : الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، القاهرة، دار المطبوعات الجديدة، ١٩٧٠.
- ١٣ - حنورة (مصرى عبد الحميد)، الريف والحضر في المجتمع المصري، (المجلة الجنائية القومية)، سبتمبر ١٩٦٨، عدد ٣.
- ١٤ - خيرى (السيد محمد)، الاحصاء في البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية، القاهرة، دار الفكر العربى، ١٩٥٦.
- ١٥ - خير الله (سيد)، المدخل إلى علم النفس، القاهرة، عالم الكتب. ط٣، ١٩٧٣.
- ١٦ - دسوقي (كمال)، علم الاجتماع ودراسة المجتمع، القاهرة، الأنجلو، ١٩٥٨.
- ١٧ - _____، علم النفس ودراسة التوافق، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٧٤.
- ١٨ - _____، الطب العقلى والنفسى، الكتاب الأول : علم الأمراض النفسية، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٧٤.
- ١٩ - دافيدوف لندا . ل، مدخل علم النفس، القاهرة، دار ماكجروهيل للنشر، ط٢، ١٩٨٣.
- ٢٠ - راجح (أحمد عزت)، الأمراض النفسية والعقلية : أسبابها وعلاجها وآثارها الاجتماعية، القاهرة، دار المعارف، ط١، ١٩٦٤.
- ٢١ - _____، أصول علم النفس، القاهرة، دار المعارف، ط١١، ١٩٧٧.
- ٢٢ - سويف (مصطفى)، علم النفس الحديث : معالمة ونماذج من دراساته، القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٧٨.

- ٣٢١ -

٢٣ - شافر (لورنس)، علم النفس المرضى : دلالة السلوك الشاذ وأسبابه، ترجمة صبرى جرجس فى جيلفورد (ج.ب)، ميادين علم النفس، مجلداً أشرف على ترجمته يوسف مراد، القاهرة، دار المعارف، ١٩٦٦.

٢٤ - عبد الحكيم (محمد)، التشخيص المقارن للحالات السيكوباتية. مجلة علم النفس، مجلد (٤)، عدد (٣)، فبراير ١٩٤٩.

٢٥ - عيسوى (عبد الرحمن)، معالم علم النفس، الإسكندرية، دار الفكر الجامعى، ١٩٧٩.

٢٦ - عبد الحميد (جابر)، فخر الإسلام (محمد)، قائمة ايزنك للشخصية، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

٢٧ - عكاشة (أحمد)، الطب النفسى المعاصر، القاهرة، الأنجلو المصرية، ط٧، ١٩٨٨.

٢٨ - غيث (محمد عاطف)، علم الاجتماع، القاهرة، دار المعارف، ١٩٦٣.

٢٩ - فرويد (سيجمند)، محاضرات تمهيدية فى التحليل النفسى، ترجمة أحمد عزت راجح، مراجعة محمد فتحى، القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٥٢.

٣٠ - فهمى (مصطفى)، علم النفس الإكلينكى، القاهرة، مكتبة مصر، ١٩٦٧.

٣١ - مليكة (لويس كامل) وآخرون، الشخصية وقياسها، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، ١٩٥٩.

٣٢ - _____، مقياس الانحراف السيكوباتى فى اختبار الشخصية المتعدد الأوجه، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، ١٩٦٦.

٣٣ - _____ ، علم النفس الاكلينيكي، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ج١، ١٩٧٧.

٣٤ - مخيمر (صلاح) سيكولوجية الشخصية، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٣٥ - مراد (يوسف)، مبادئ علم النفس العام، القاهرة، دار المعارف، ١٩٦٤.

٣٦ - منظمة الصحة العالمية، المشاكل المتعلقة بالاعتماد على العقاقير وشرب الكحول، الإسكندرية، المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض المتوسط، ١٩٨٨.

٣٧ - _____ ، حفظ الصحة النفسية وتعزيزها. النشرة الوقائية لإقليم شرق البحر الأبيض المتوسط، العددان ١٢، ١٣، يناير ١٩٨٩، (ص ١٤-٢٤).

٣٨ - نجاتي (محمد عثمان)، علم النفس في حياتنا اليومية، القاهرة، مكتبة النهضة العربية، ط ٤، ١٩٦٤.

٣٩ - هنا (عطية محمود)، الشخصية والصحة النفسية، القاهرة، النهضة المصرية، ١٩٥٨.

٤٠ - _____ ، دراسة موضوعية لسمات الشخصية السوية والمنحرفة، ١٩٥٩.

٤١ - _____ ، مقياس الانطواء الاجتماعي في اختبار الشخصية المتعدد الأوجه، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

٤٢ - _____ ، هنا (محمد سامي) علم النفس الاكلينيكي، ج١. القاهرة، دار النهضة العربية، ط ١، ١٩٧٦.

٤٣ - هول (ل)، لندزى (ج)، نظريات الشخصية، ترجمة، فرج أحمد فرج وآخرون،
ومراجعة لويس كامل مليكة، القاهرة، الهيئة المصرية العامة
للتأليف والنشر، ١٩٧١.

٤٤ - ويتيج (أرنوف)، مقدمة فى علم النفس، ترجمة لجنة باشراف أ. د. عبد السلام
عبد الغفار، القاهرة، دار ماكجروهيل للنشر، ١٩٧٧.

٤٥ - يونس (انتصار)، السلوك الانساني، الإسكندرية، المكتب المصرى الحديث،
١٩٦٦.

46. Anastasi, Ann., Differential Psychology, 3rd ed., New York,
Macmillan Co., 1966.

47. Burt C., The Young Delinquent, London, Univ. of London
Press. 4 th, 1944,

Factorial Studies of Personlaity and Their Bearing
on the Work of the Teacher, Brit. J. edu. Psych, 35,
368-378, 1955.

48. Collier, R., & Emch, M., «Introversion-Extraversion: The
Concpets and their use» Amer J. Psychiat, 94,
1045-1075-1938.

49. , Carrigan, P.M., Extraversion- Introversion as a Dimension of
Personality: A Reappraisal Psychol Bull., 1960,
Vol. 57, pp. 339-360.

50. Corah, N. L., Neuroticism and extroversion, in the M.M.P.I.
Impirical Validation and Exploration, Brit. J. Soc.
Clin., 3, 163-174, 1964.

51. Cattell, R.B., The Scientific Analaysis of Personality, Lon-
don, Benguin, 1965.

52. Colman J.C., Psychology and Effective Behavior, India Bom-
bay, 1971.

53. _____, Abnormal Psychology and Modern Life, India, 3th
ed., Bombay, 1970.

54. Drever, J.A., Dictionary of Psychology, London, Benguin Books, 1953.
55. Dahlstrom, W. G. & Welsh G.S., An M.M. P.I Handbook, A Guide to Use in Clinical Practice and Research, Univ. of Minnesota Press, 1965.
56. _____, Eysenck, H.J., Dimension of Personality, London, Kegan Paul, 1947.
57. _____, Eysenck, S.B.G., On the Nature of Extraversion, Brit. J. of Soc. Clin. Psychol., 1963, Vol. 2, pp. 46-55.
58. _____, On the Unitary Nature of Extraversion, Acta Psychologica, 1987, Vol., 26, pp. 388-390.
59. _____, & Wilson G., Know Your Own Personality, «London, Penguin Books, Middlesex, 1976.
60. Eysenck H.J., The Differentiation Between Normal and Various Neurotic Groups on the Maudsley Personality Inventory, Brit. J. Psychol., 50, 176-178, 1959./
61. _____, Principles and Method of Personlaity Description, Classification and Diagnosis, Brit. J. Psychol., 55, 284, 294, 1969.
62. _____ & Rachman, S., The Causes and Cures of Neuroses, London , Kegan Paul, 1965.
63. _____, Cortical Inhibition (Figural After Effect) and Theory of Perosnality, 1965.
64. _____, The Scientific Study of Personality, London, Routlege, & Kegan Paul, 1952.
65. _____, on the Dual Nature of Extroversion, Brit. J. of Soc. Clin. Psychol., 1965, Vol. 2, pp. 46-55.
66. Eysenck, H., J., Crime and Personality, London, Kegan Paul, 1965.
67. _____, Fact and Fiction in Psychology , Penguin Books, Middlesedx , England, 1420.

68. Eaves, L. & Eysenck, H. J., «The Nature of Extroversion , A Genetical Analysis», J. Perso. Soc. Psychol., 1976, Vol. 32, pp. 102-112.
69. Eysenck, H., J. Empirical Study of There Factors Theory, Brit. J. of Crim., 1970.
70. English , H. B., English, A.C., A Comprehensive Dictionary of Psychology and Psychoanalytcial Terms, Lon-on, 1958.
71. Evaes, L., & Eysenck, H.J., The Nature of Extraversion A Ge-netical Analysis, J. Perso. Soc. Psychol., 1976, Vol. 32, pp. 102-112.
72. _____, Guilford, J.P., Guilford, R.B., «An Analysis of The Factors in a Typical Test of Introversin Extrover-sion, J. Abn. Soc. Psychol., 1934, Vol. 23, pp. 377-399.
73. _____, An Examination of A Typical Test of Introversion - Extroversion by Means of Similar Reactions , J. Soc Psychol, 1933, pp. 430-433.
74. _____, Will the Real Factor of Extraversion -Introversion Please stand Up? A Reply to Eysenck, Psycho. Bull., 1977, Vol., 84, No. 3, pp. 42-416.
75. , Gibson, H.B., Two Faces of Extroversion: A Study Attempting Validation, Brit. J. Soc Clin-Psychol., 1974, pp. 19-92.
76. Hildebrand, H.P. A Factorial Study of Introversion Extro-version by Means of Objective Tests, Unpublishe Ph.D. Thesis, Univ. Of London Library, 1953.
77. _____, Howarth, E., A Psychometric Investigation of (E.P.I), Perso Assess, 1975, Vol. 40, No. 2, p.p. 173-185.
- _____, & Brown, J.A., «An Item Analysis of (E.P.I), Brit. J. Soc., Clin. Psychol., 1972., 11, pp. 162-174.
78. Ingam J. G., & Robinson, J.O., Personality in the Diagnosis of Hysteria, Brit. J. Psycho., 55-276-284, 1964.

79. Monty H. et. al., Extroversion - Introversion and Process reactive Schizophrenia, **Brit., J. Soc. Clin.** 6, 69-1967.
80. Page, J., Introversion - Extroversion and the Functional Psychoses, **J. Appl. Psychol.**, 1934.
81. Polmin, R., «Extroversion : Sociability and Impulsivity», **J. Perso. Assess.**, 1976, Vol. 40, No. 1, pp. 24-30.
82. Ruch F.L., **Psychology and Life**, India, Bombay, 1970./
83. Stagner, J.R., **Abnormal Psychology (Understanding Behavior Disorders)**: New York, 1965.
- _____, Sparrow, N.H. & Ross, J., The Dual Nature Extroversion : A Replication Australian **J. Psycho.**, 16, 214-218, 1964, in Eysenck H., J(ed), Readings in (E.I), Vol. I, London, 1970, pp. 145-150.
84. Warren H.C., **Dictionary of Psychology**, Boston, 1934.
85. Young C.G., **Psychological Types or the Psychology of Individuation**, London, Routledge & Kegan Paul, 1944.